PROFESSEUR GOSSET
Membre de l'Institut

CHIRURGIE CHIRURGIENS

Préface de
GEORGES DUHAMEL
de l'Académie Française

nrf

GALLIMARD

22101583782

Institut de Neuro-biologie (p. 238)

CHIRURGIE, CHIRURGIENS

22/1/46
28/7/53

PROFESSEUR GOSSET
Membre de l'Institut

CHIRURGIE CHIRURGIENS

Préface de
GEORGES DUHAMEL
de l'Académie Française

20/11/45
Toulouse

GALLIMARD

Dixième édition

L'édition originale de cet ouvrage a été tirée à deux cent soixante-quatorze exemplaires et comprend : dix-huit exemplaires sur vieux Japon Impérial, dont douze exemplaires numérotés de I à XII et six exemplaires hors commerce marqués de A à F ; trente-six exemplaires sur vélin de Hollande, dont vingt-cinq exemplaires numérotés de XIII à XXXVII et onze exemplaires hors commerce marqués de G à Q ; et deux cent vingt exemplaires sur vélin pur fil des papeteries Lafuma-Navarre, dont deux cents exemplaires numérotés de 1 à 200 et vingt exemplaires hors commerce marqués de a à t.

SURGERY

WELLCOME HISTORICAL MEDICAL LIBRARY

Y(2)

Tous droits de reproduction, de traduction et d'adaptation réservés pour tous les pays y compris la Russie.
Copyright by Librairie Gallimard, 1941.

Dans les jours tragiques que traverse notre beau et si malheureux Pays, chacun a le devoir de travailler plus qu'à l'ordinaire.

Seul, le travail console.

J'avais toujours eu le désir de traiter un sujet qui m'est cher entre tous : Chirurgie, Chirurgiens. Habitant la Salpêtrière depuis l'occupation de Paris, j'ai pu rédiger ces pages, écrites non seulement pour le lecteur, mais aussi pour moi-même, *pour le soulas de ma vieillesse*, comme dit Guy de Chauliac.

A. Gosset.

La Salpêtrière, septembre 1940.

On ne fait bien que ce que l'on aime.

A toutes les critiques, je ne vois qu'une réponse : me remettre au travail.

« Mais tu négliges tes relations. » Oui, c'est vrai, mais je n'en travaillerai que plus ferme. « Mais tu manques de génie. » Oui, et je n'en travaillerai que plus ferme.

R.-W. Emerson.

« Dirai-je un mot du style, de sa négligence, des répétitions trop prochaines des mêmes mots, quelquefois des synonymes trop multipliés, surtout de l'obscurité qui naît très souvent de la longueur des phrases ? J'ai senti ces défauts... Je ne fus jamais un sujet académique, je n'ai pu me défaire d'écrire rapidement. Pour bien corriger ce qu'on a écrit, il faut savoir bien écrire, on verra aisément ici que je n'ai pas dû m'en piquer. »

Saint-Simon.

« Peu de gens savent lire. Les femmes lisent pour découvrir un héros qu'elles puissent aimer, les hommes pour l'amusement, les éditeurs pour trouver des fautes, les auteurs pour trouver confirmation de leurs idées. Il n'est peut-être personne qui lise à fond et comme il convient. »

R.-W. Emerson.

PRÉFACE

Présenter au grand public un personnage du premier rang, quand ce n'est pas superflu, c'est trop souvent besogne ingrate ou c'est besogne dérisoire. Besogne ingrate, on m'entend bien, parce qu'il est malaisé d'avoir à expliquer en clair ce qui forme le trésor ésotérique de certaines spécialités. Besogne dérisoire, puisqu'il faut parfois démontrer des vérités évidentes, que tout le monde est censé connaître et que nul pourtant ne connaît.

Par chance, aujourd'hui, je n'ai rien à faire de tel. Le professeur Gosset, parmi nos contemporains, est l'un des plus justement illustres, mais sa réputation n'est point de celles qui demandent commentaire. Il a donné sa vie à la chirurgie qui n'est pas seulement un art, comme l'on disait autrefois, mais qui est la plus populaire des sciences, que l'on pourrait même appeler la science par excellence, puisque toutes les sciences, ou presque, concourent en définitive à l'acte chirurgical, puisque toutes les sciences acceptent de s'accorder parfois pour soulager les souffrants et sauver des vies humaines.

Gosset exerce le plus noble des métiers et, non content de l'exercer, il en enseigne les règles à de nombreux disciples dont beaucoup sont aussi des maîtres. Le professeur Gosset est le chef d'une école réputée. Il prend part aux travaux des plus fameuses compagnies savantes. Son étrange figure — et c'est de la figure temporelle que je parle — cette figure faite pour servir de modèle aux artistes de la Renaissance, il m'arrive de l'apercevoir tantôt aux réunions de l'Institut de France, tantôt à l'Académie de médecine, et tantôt encore

à l'Académie de chirurgie qu'il a tant contribué à restaurer dans sa grandeur. Innombrables sont, en France et hors de France, les personnes qui portent sur leur corps la marque indélébile de cet insigne artisan de chair humaine, les personnes qu'il a soignées, opérées et guéries. Tous les honneurs que la France peut décerner aux Français de grand mérite, Gosset les a reçus. Son nom brille dans maints ouvrages, manuels et traités. Classique pour les étudiants, ce nom est légendaire pour les multitudes. Il semble bien que le professeur Gosset soit au comble de la gloire et un observateur distrait, s'interrogeant hier encore, aurait en vain cherché ce qu'un tel homme pouvait bien faire pour donner à cette juste gloire un surcroît de lustre et de sonorité.

Or il pouvait faire un livre. Il l'a fait et le voici.

Les savants du XX*e siècle se sont trop rarement souciés d'obtenir une grande audience. Dans leurs communications ou mémoires, ils s'adressaient d'abord à leurs pairs. Ils ne méprisaient certes pas la foule à laquelle, en définitive, le fruit de leurs veilles se trouvait plus ou moins directement dédié, mais ils répugnaient à traduire en langue courante l'essentiel de leur message.*

Les données du problème ne sont plus les mêmes qu'autrefois. Il existe, aujourd'hui, dans tous les pays où règne la civilisation européenne, un très nombreux public d'hommes cultivés. Chacun de ces hommes s'est nécessairement consacré à l'étude et à la pratique de quelque spécialité choisie. La division du travail est poussée à tel point que, souvent, deux spécialistes qui exploitent, côte à côte, deux territoires voisins peuvent se méconnaître ou même s'ignorer mutuellement. Pour le salut de l'intelligence, il est bon, il est nécessaire que les hommes de grande valeur, à certain moment de leur carrière, se tournent vers un large public instruit et lui adressent la parole. Pour que le génie humain ne s'évertue pas dans une solitude par trop aride et desséchante, il faut que les maîtres consentent, une fois au moins dans leur rayonnante durée, à narrer eux-mêmes leurs épreuves et leurs combats. Il faut qu'ils amènent, par étapes, leur pensée

jusqu'aux mots les plus simples et les plus familiers. Il faut que chaque « patron » allume lui-même son alambic, distille sa récolte et distribue l'élixir aux esprits de bonne volonté qui ne souhaitent que de comprendre. Il faut, pour l'enseignement des générations présentes et futures, que chaque capitaine de science raconte son histoire, qui est bien la plus belle de ses opérations, la plus émouvante de ses expériences.

Je plains les gens qui n'aiment pas leur métier, et je ne connais pas plus amère disgrâce. Heureusement, les chirurgiens aiment toujours leur belle et terrible profession. La plupart y apportent une flamme passionnée que l'objet de cette profession explique d'ailleurs assez bien. Je prends toujours grand plaisir à entendre les chirurgiens parler de leur travail, et non seulement dans les sociétés savantes, mais encore dans les entretiens privés. Pour mesurer ce zèle admirable, il est bon d'écouter attentivement, le plus souvent possible, les récits des chirurgiens, ces récits qui ressemblent toujours à ceux des guerriers et des explorateurs.

Le professeur Gosset a justement pensé que, pour raconter son histoire, il devait retracer d'abord l'histoire de la chirurgie. Il l'a fait de manière alerte et vivante, avec beaucoup de citations bien choisies qui éclairent à merveille l'ensemble de la composition et qui permettent au lecteur de comprendre, par la suite, les aventures et les entreprises de la chirurgie moderne. Puis l'historien en vient à sa propre vie, à ses propres travaux et c'est, pour le lecteur, une grande surprise, une très plaisante surprise. Le style est net et dru. Les portraits sont criants de ressemblance ou de vraisemblance. Les anecdotes sont conduites avec un sens étourdissant du pittoresque. Dans les traits de caractères, dans les tableaux, dans les scènes, il y a de la verdeur et une malice que l'on aimerait à rencontrer chez maints écrivains de carrière. On trouve même le don le plus rare : la naïveté, ce qui veut dire le naturel. La véritable force ne va jamais sans naïveté. En vérité, dans ces pages, le narrateur se montre à découvert. Il est dévoué sans réserve à l'éloge de ceux qui lui ont fait du bien, à la mémoire de ceux qui ont bien servi la chirurgie. Il est, comme dans la vie, impérieux et

tranquillement autoritaire. Quand il s'agit de juger les chirurgiens médiocres, mal doués, il tranche et taille d'un fer impitoyable. Parfois, certains portraits sont peints avec une sorte de saine et joyeuse rigueur. Nous sommes bien obligés de reconnaître que c'est la rigueur du lion.

On lira, j'en suis bien sûr, non sans un vif intérêt, le récit que Gosset fait de ses débuts dans la carrière, ce qu'il dit de l'argent avant l'an 1910, son opinion sur la nécessité des voyages, tout ce qui concerne la renaissance de l'Académie de chirurgie, le portrait idéal du parfait chirurgien, les réflexions sur la vie chirurgicale et sur la journée de l'opérateur, les esquisses de Clemenceau, de Lyautey, d'Anatole France, de Reclus, la mort du président Doumer, certaine consultation du professeur Hayem, les récits pittoresques de maintes opérations dont l'opérateur tire toujours lui-même un substantiel enseignement psychologique.

Le lecteur aura le sentiment de pénétrer, derrière le maître, dans la clinique de la rue Antoine-Chantin ou dans le fameux service de la Salpêtrière, de suivre le travail du patron, des assistants, des anesthésistes, des gens de laboratoire, des infirmières. Gosset parle de ceux qui furent ses propres chefs avec une véritable piété. Plus loin, il s'arrête sur certaines opérations qu'il a étudiées et pratiquées avec prédilection. Plus loin encore, il disserte avec ardeur et compétence des progrès de la science chirurgicale dans le présent et dans le futur.

Tel est ce livre étonnant. Au moment de le refermer, le lecteur, sans nul doute, pensera, comme je l'ai fait moi-même, que les hommes que j'appelais tout à l'heure les hommes du premier rang devraient toujours ainsi concentrer, dans un ouvrage exemplaire, le miel, le butin de leur expérience personnelle, pour ne laisser à personne le soin d'exprimer, après coup, ce qu'ils pensent de leur état, de leur carrière, de leurs prédécesseurs, de leurs disciples, de leurs collègues, des épreuves qu'ils ont subies, des dons qu'ils ont reçus de la nature, enfin du monde au sein duquel il leur est donné de vivre et d'accomplir leur destinée.

GEORGES DUHAMEL.

INTRODUCTION

Pour écrire comme il conviendrait sur la Chirurgie et les Chirurgiens, il faudrait avoir la plume de Georges Duhamel ou de Paul Valéry. Celui-ci, président d'honneur du Congrès français de chirurgie de 1938, a prononcé, à la séance d'ouverture, un discours qui est un pur chef-d'œuvre, et, pour ceux qui ont eu le plaisir délicat de l'entendre, se montre encore plus beau si l'on vient à le relire. Ecoutez le début : « L'amitié de quelques-uns d'entre vous et la bienveillance de tous m'appellent pour quelques instants à cette place éminente par elle-même, où je ressens, avec la sensation de l'étrangeté d'y paraître, tout l'émoi et tout l'embarras d'avoir à vous haranguer... »

Et ensuite : « Mais peut-être estimerez-vous qu'il puisse être parfois utile et presque toujours intéressant, pour des hommes savants en quelque matière, à laquelle ils ont consacré leur existence, dont ils voient les puissances, les possibilités, les limites actuelles, les espoirs, de faire comparaître une personne de bonne foi, qui ne connaît de leur affaire que ce qu'en imagine le monde, et de l'interroger...

« Vous interpellez ce passant, que je suppose qui me ressemble d'assez près pour que je puisse le faire parler, et vous le sommez d'expliquer ce que lui disent ces mots : Chirurgie, Chirurgiens.

« Tantôt c'est une science, un art, une profession qu'ils signifient à l'esprit. Mais tantôt c'est le pathétique le plus intense qui s'y attache. Vous êtes les ministres les plus entreprenants de la volonté de vivre. Mais aussi vous faites trembler... C'est une étrangeté de votre condition de répandre la crainte et de porter le salut...

« Votre témérité raisonnée, et si souvent heureuse, exige la réunion et la coordination dans un homme des vertus les plus diverses et les plus rarement assemblées. Je songe quelquefois à toutes les virtualités que votre journée de travail doit tenir disponibles en vous, prêtes à passer de la puissance à l'acte, du problème inattendu à la décision, de la décision à l'exécution... Puis l'action elle-même : le cas particulier se substituant sous vos yeux, par vos mains, au type didactique, et la réalité telle quelle, se révélant, confirmant, infirmant plus ou moins l'idée que l'on s'était faite par le diagnostic et les examens variés. Là, l'imprévu, les découvertes plus ou moins fâcheuses, de nouvelles décisions à improviser, suivies de l'acte immédiat.

« Tout ceci demande un si riche recueil de facultés, une mémoire si prompte et si pleine, une science si sûre, un caractère si soutenu, une présence d'esprit si vive, une résistance physique, une acuité sensorielle, une précision de gestes si peu communes, que la coïncidence de tant de ressources distinctes chez un individu, fait du chirurgien un cas tout à fait peu probable à observer, et contre l'existence duquel il serait prudent de parier.

« Et cependant, Messieurs, vous êtes...

« Je me suis étonné parfois qu'il n'existât pas un « Traité de la main », une étude approfondie des virtualités innombrables de cette machine prodigieuse qui assemble la sensibilité la plus nuancée aux forces les plus déliées. »

Tout le morceau de Paul Valéry est à lire, à admirer, à méditer (Congrès français de chirurgie, 47e session, Paris, 1938, p. 25). La citation est longue, mais elle est si belle.

Je dois vous faire un aveu, j'aime beaucoup les citations, mais j'étais toujours hésitant à en émailler mes écrits, jusqu'au jour où j'ai connu ces lignes d'Emerson : « Le choix de la citation honore et glorifie celui qui la fait. Celui qui cite confère plus de gloire qu'il ne reçoit d'aide. Pour bien citer donc il faut de l'originalité en celui qui cite, de l'abandon, de la force, l'amour du vrai ; il faut ne faire cas de l'auteur que dans la mesure où il est d'accord avec la vérité que nous percevons et qu'il eut la bonne fortune de percevoir le premier... Si les paroles d'un autre expriment les faits en votre possession, utilisez-les aussi librement que la langue ou l'alphabet, dont l'emploi ne compromet en rien votre originalité. »

J'ai tellement conscience de mon infériorité à traduire mes sensations ! Plus je lis, plus cette infériorité me paraît évidente, témoin l'exemple suivant : sur ma falaise normande, j'ai, depuis mon enfance, admiré les jeux de la mer sur le rivage, mais je me sentais impuissant à les rendre. Il me fallait trouver le sage qui les eût décrits : « Il est si facile de mieux penser en pensant avec un sage. » Ce sage, c'est encore Emerson, écoutez-le : « Suivi sur la côte de Nantucket les jeux de l'Atlantique avec ses rives. Quelle richesse ! Chaque vague cernant sur un quart de mille d'étendue le rivage où elle venait se briser. Quelles sont parmi les hommes, pensai-je, les richesses que l'on peut comparer à cela ? En chaque vague une fortune. On songe à ceux qui viendraient utiliser cette force perdue et épargner grâce à elle les bras de combien d'esclaves. Quelle liberté, quelle grâce, quelle beauté sont unies à cette force ! A la crête des vagues en marche, le vent dispersait l'écume comme une chevelure de femme. Qui découvre pareille liberté, se sent esclave. Nos mots sont si fragiles, si frêles, si impuissants. N'y a-t-il pas là une école d'éloquence vive ? »

Les chirurgiens jouissent, dans l'État, d'une situation privilégiée. Ils la méritent par leurs connaissances étendues, leur dévouement inlassable, leur désintéressement constant, le long apprentissage qu'ils ont été obligés de faire, les terribles responsabilités qu'ils encourent, et, enfin, l'utilité de leur mission. Dans le village le plus reculé, chaque paysanne sait qu'elle peut avoir besoin, un jour, pour l'un des siens, son mari, ses enfants, ou pour elle-même, de l'aide toute-puissante de la chirurgie. Elle sait que, grâce aux mains des chirurgiens, à leur science toujours renouvelée, à leur travail sans répit, les êtres qui lui sont chers, transportés *à temps* dans une maison chirurgicale, obtiendront leur guérison d'une façon parfois miraculeuse, contre toute attente. Par la chirurgie, un membre de la famille, souvent indispensable à la vie du foyer, lui sera rendu avec sa capacité de travail totalement récupérée.

Aussi les chirurgiens ont-ils toujours été appréciés, estimés, aimés, et les rois eux-mêmes, les papes, les conquérants, les

ont toujours protégés. Ce qui leur impose des devoirs particuliers.

Les chirurgiens que j'ai pu voir dans ma jeunesse étaient vraiment de hautes personnalités. Leur nombre était très limité, et le sentiment de leur valeur, de leur dignité ne les abandonnait jamais. Je me souviens que mon maître Tillaux fut un jour prié, par un de ses collègues de médecine, d'opérer un malade chez lequel ce collègue avait fixé lui-même et la nécessité d'opérer et le moment opportun. Tillaux lui répondit qu'il viendrait examiner ce malade, qu'il déciderait avec lui s'il y avait lieu de pratiquer une intervention, et qu'il fixerait lui-même le moment opportun. Aujourd'hui, une telle réponse ne se justifierait plus, car les médecins ont reçu une éducation chirurgicale telle qu'ils ont tout droit de poser une indication. A l'époque de Tillaux, il n'en était pas de même et surtout les chirurgiens craignaient toujours d'être traités comme à la période des barbiers. Actuellement, nous ne craignons plus cela !

La notion de l'importance de leur rôle, ils l'avaient toujours très présente à l'esprit, et ils savaient très bien la haute place qu'ils occupaient dans la mécanique sociale. N'est-ce pas à un chirurgien qu'il était arrivé de pouvoir tenir le langage suivant ? Rencontrant un de ses amis qui partait pour Rome et lui exprimait ses craintes de ne pouvoir être reçu par le Pape, notre chirurgien propose tout de suite une lettre d'introduction et, devant la réflexion de l'ami : « Mais alors vous connaissez le Pape ? », il a cette admirable réponse : « Non, je ne le connais pas personnellement, mais je vais tout de même vous donner une lettre pour lui, car c'est un homme qui, comme moi, est arrivé, dans sa carrière, à une haute situation ! »

Si Molière a dénigré les médecins, combien d'autres leur ont rendu justice. Saint-Simon parle en termes parfaits des chirurgiens qu'il a connus : Mareschal, Fagon.

« Saint-Simon s'est fort intéressé aux médecins et aux chirurgiens de son temps, et loin de les avoir traités avec la désinvolture dont les accablait Molière, il ne ménage pas son estime à ceux qu'il a connus et appréciés à la Cour. Il s'intéresse à leur art, les considère comme des gens cultivés dont la conversation lui plaît et avec lesquels pour un curieux comme lui de la nature humaine, il y a toujours à apprendre.

Lui, si prompt à fixer sur une figure un ridicule, il les critique généralement avec modération, et les montre comme des gens de réflexion et d'éducation auxquels les plus grands personnages, le roi lui-même, demandaient volontiers conseil, dans ces cas si fréquents et si difficiles de l'existence qui touchent à la fois à la santé physique et à la santé morale. Le grand chirurgien Mareschal qui opérait si habilement de la pierre, était fort apprécié de Saint-Simon non seulement pour ses qualités professionnelles, mais pour la droiture de son caractère et le courageux désintéressement de ses avis. Quant à Fagon, médecin de Louis XIV, l'on peut dire qu'il est un des habitants des Mémoires. Fagon était un des beaux et bons esprits de l'Europe : curieux de tout ce qui avait trait à son métier, grand botaniste, bon chimiste, habile connaisseur en chirurgie, excellent médecin et grand praticien. Très désintéressé, ami ardent, mais ennemi qui ne pardonnait point. Avec cela, délié courtisan et connaissant parfaitement le Roi, Madame de Maintenon, la Cour et le Monde. »[1]

Molière n'est pas le seul qui ait dénigré les médecins.

Dans l'antiquité, deux écrivains ont manifesté pour eux une haine sans répit : Caton et Pline. Pline accuse les médecins d'avoir contribué à détruire la République romaine qui, « privée de médecins pendant six cents ans, n'avait jamais été aussi florissante ». Et encore : « Des milliers de peuples ont vécu sans médecins, mais non sans médecine. »

Pétrarque tient dignement sa place à côté de Caton et de Pline. N'est-ce pas lui, le chantre de Laure, qui écrit au pape Clément VI, souffrant d'une affection quelconque des jambes : « qu'il serait sur pied depuis longtemps s'il n'avait autour de lui une troupe de médecins qu'il regarde comme la peste des gens riches » ? Comme le Pape ne tient pas compte de ses avertissements, il lui en envoie un dernier, en « le priant de se rappeler l'épitaphe que l'empereur Adrien avait fait graver sur son tombeau : *Turba medicorum perii* ».

Je dois reconnaître que la haine de certains malades ou de certains parents pour les médecins ou les chirurgiens dont ils croient avoir à se plaindre ne le cède parfois en rien à celle des écrivains ou des empereurs. Je me rappelle avoir été appelé en consultation avenue de Messine, chez de braves et dignes bourgeois. Dans le bureau de travail du père, bien

1. De Lévis Mirepoix.

en évidence sur sa table à écrire, se trouvait posée la photographie d'une jeune fille qui avait succombé à la fièvre typhoïde, et comme inscription au bas de la photographie, sans doute pour que nul n'en ignore, les mots suivants : « Notre fille chérie, morte à seize ans, *tuée* par son médecin, le professeur X. » Le nom du médecin y était étalé en toutes lettres, et c'était le nom d'un des médecins les plus distingués, les plus honorables, les plus consciencieux, les plus compétents de la Faculté de médecine de Paris.

Les malades vont quelquefois plus loin, et l'on n'a pas oublié les attentats contre certains médecins. Le docteur Guinard, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, si dévoué à ses opérés, fut tué d'une balle dans l'abdomen en 1912. Le professeur Pozzi, le grand gynécologue, fut assassiné pendant la guerre de 1914 par un opéré revendicateur.

La haine, non plus de la part de malades, mais de la part de médecins qui s'estiment avoir été mal opérés, est, parfois aussi, bien tenace ; elle peut persister jusqu'au delà de la mort. On m'a relaté le cas d'un grand médecin qui avait subi l'opération de la prostatectomie. Il fit de l'infection de la cavité de Retzius, et, finalement, une grave suppuration dans les espaces sous-péritonéaux du petit bassin. Il souffrait intensément d'une articulation coxo-fémorale et avait diagnostiqué une suppuration pelvienne avec participation de la hanche. Il mourut après quelques longues semaines de pyohémie, en répétant : « Je connais ces infections, j'en ai observé sur les blessés de 1870. » Dans son testament, il exigeait que son autopsie fût pratiquée par le professeur d'anatomie pathologique de la Faculté, en présence de son opérateur et d'un autre collègue en chirurgie dont il indiquait le nom. L'autopsie fut faite ; elle révéla, en effet, une suppuration pelvienne avec détachement de l'arrière-fond de la cavité cotyloïde. Il eut ainsi la joie posthume de démontrer qu'il avait raison contre son opérateur et d'accabler celui-ci. Je crois bien que mourir n'était pas ce qui le désolait le plus ; c'était de voir mettre en doute ou traiter à la légère le diagnostic porté par lui, sur lui-même.

Dans les livres d'Homère, la médecine est particulièrement honorée. « L'importance des services que rendirent les médecins au siège de Troie, se trouve vivement exprimée dans la douleur qu'éprouvèrent les Grecs à la nouvelle de la blessure de Machaon, et dans les paroles qu'Idoménée adresse à Nestor

à cette occasion : « Fils de Nélée, qui êtes la gloire des Grecs, dépêchez, montez promptement sur votre char, prenez avec vous Machaon et l'emmenez vers nos vaisseaux. Un grand médecin comme lui vaut mieux que des bataillons entiers dans une armée ; car il sait arracher et couper les traits qui sont dans les plaies, et par des appareils admirables, il apaise la douleur des blessés. » (*Hom.* II, liv. XI, in Celse, trad. Védrènes, p. 623.)

C'est la même idée qu'exprima le maréchal Lyautey, dans le discours prononcé en 1929, au 38e Congrès français de chirurgie. Le Maréchal se plaisait à exalter le rôle bienfaisant de la médecine, des médecins, et surtout des chirurgiens dans la colonisation, et il aimait à répéter qu'un médecin vaut un régiment. Dans toutes nos colonies, le rôle du médecin a été magnifique. Ne dit-on pas que, grâce à la médecine et surtout à l'hygiène de l'enfance, on a vu certains pays où la mortalité était considérable, arriver à un tel surcroît de population qu'ils furent obligés de déborder sur les pays voisins.

Reprenant le beau discours du président du Congrès, le professeur Tixier, et parlant de la nécessité d'une formation scientifique, d'une formation technique, d'une formation morale, le maréchal Lyautey a continué : « Mais cela est vrai pour toutes les formations, et quand votre président dit « morale » c'est certes dans la plus haute acception, en sous-entendant également « formation sociale ».

Et tout ce qu'il dit ensuite du rôle de la conscience — dans l'exercice de la profession, de la *tyrannie du devoir*, — mais c'est ce qui dans l'exercice de toute *profession*, la transforme en *apostolat*.

« L'apostolat, tout ce qui ennoblit une vie d'action tient dans ce mot : la conviction, le dévouement passionné à une idée, à une doctrine, auxquelles on *croit*, et le besoin irrésistible de les faire partager, non par amour-propre d'auteur et par infatuation, mais parce qu'on y *croit*, qu'on croit à leur *bienfait*, à leur *vertu* et qu'on veut en faire la *propagande* pour le bien qui en résulte.

« *Apostolat - propagande...*

« C'est cette admirable compréhension de son rôle qui donne au médecin, au chirurgien, en pays neuf, une telle puissance, une telle responsabilité, et par suite, un tel rôle.

« Pour ces populations primitives et réfractaires, une *cure heureuse*, une *opération réussie*, par ces admirables chirur-

giens de nos groupes mobiles, mais c'est une tribu pacifiée, et l'on se retrouve en pleine tradition évangélique : « Lève-toi, prends ton lit et va-t'en », avec toute la force de propagande, toutes les conversions qui émanaient du paralytique guéri. »

Je ne puis indiquer toutes les lectures que devrait faire un chirurgien pour chercher simplement à se tenir au courant du mouvement chirurgical. Chemin faisant, je donnerai l'indication de quelques travaux, mais puisque je viens de citer les paroles du maréchal Lyautey, je me permets de conseiller la lecture du discours magnifique auquel elles étaient la réplique, celui que mon ami, le professeur Tixier (de Lyon), prononça à cette même séance, comme président du Congrès.

HISTORIQUE

LES ÉTAPES DE LA CHIRURGIE.

« Au milieu de tous les changements de doctrine, de tous les débris du passé, elle (l'histoire) nous montre une chose qui a toujours survécu, ce sont les faits expérimentaux, constatés par l'observation... En nous dévoilant la cause des erreurs de nos devanciers, elle nous apprend à les éviter ; elle nous apprend à distinguer le vrai du faux, ce qui est démontré de ce qui est hypothétique ; et c'est ainsi qu'elle nous sert de boussole au milieu des écueils semés sur notre passage. »

Ainsi s'exprime Paul Broca, dans les « Conférences historiques de la Faculté de Médecine », au cours d'une leçon en date du 3 juillet 1865. Ces conférences furent faites, sous l'impulsion de Verneuil, par quelques jeunes maîtres, dont Paul Broca, le créateur de l'anthropologie, qui clôtura la série.

Dues à Verneuil, Lasègue, Chauffard, Léon Le Fort, Parrot, Follin, Béclard, Trélat, Gubler, Tarnier, Lorain, Axenfeld, Paul Broca, ces conférences furent réunies en un volume et publiées en 1866, chez Germer Baillière. La plupart sont à lire, en particulier la première, de Verneuil, sur les « Chirurgiens érudits. - Antoine Louis », et la dernière, celle de Broca, sur Celse. Dans la conférence de Verneuil, on trouve bien des passages à méditer : « Nous nous proposons surtout de prévenir et de combattre un préjugé qu'on inculque à la jeunesse, et qu'elle adopte volontiers un peu par ignorance et beaucoup par paresse, préjugé qui consiste à traiter avec dédain les études médicales historiques, et par conséquent,

ceux qui en font l'objet de leurs veilles... Il est vrai qu'on peut être un grand savant et un praticien médiocre, et que l'érudition ne donne pas au chirurgien la dextérité manuelle. Mais à ce compte, on devrait mépriser Arago, s'il ne savait pas conduire une corvette. »

Je continue à citer Verneuil : « Le serment sublime d'Hippocrate vous enjoint d'honorer vos maîtres. Je reconnais que vous n'y manquez pas. Les dédicaces inscrites sur les premières pages de votre thèse attestent votre gratitude. Vous devez à vos professeurs de faculté ou d'hôpital ce que vous savez de chirurgie et vous ne le cachez pas. Mais vous oubliez les maîtres de vos maîtres. Si les leçons que vous en recevez aujourd'hui sont brillantes et substantielles, c'est qu'elles sont inspirées par Dupuytren, Boyer, et d'autres, et ces derniers, où ont-ils puisé ? Dans Desault, dans J.-L. Petit, dans l'Académie de Chirurgie. Avant cela, Ambroise Paré avait retrouvé la chirurgie, que Guy de Chauliac avait naturalisée en France, en exprimant la quintessence des Italiens et des Arabes, et ainsi de suite en remontant le cours des siècles jusqu'à Hippocrate.

« Cette généalogie des grands hommes, vous l'ignorez ; vous avez la vue trop basse pour regarder si haut, et le brouillard des temps antiques ne vous laisse voir que les derniers venus. Vous ignorez qu'il a fallu cent générations, vingt hommes d'élite peut-être méditant, veillant, mourant à la peine, pour qu'il vous soit donné de remettre *Tuto*, *cito*, et *jucunde*, la tête de l'humérus dans la cavité glénoïde...

« Vous n'avez pas toujours été ainsi. Au sortir du collège, quand vous n'étiez pas encore opprimés par l'envie ardente de parvenir et de profiter, vous aviez plus de science. Vous saviez les dates de la prise de Troie, de la bataille de Marathon ou de Pharsale, du traité de Westphalie ; vous auriez nommé sans broncher tous les Valois et raconté les faits et gestes de Turenne et de Condé. Quand vous quittez nos bancs, vous ne savez pas seulement quel siècle illustra le grand Hippocrate ; vous feriez vivre Albucasis à la Mecque en sa qualité d'Arabe ; et si l'on vous parlait d'Aetius, vous croiriez qu'il s'agit du vainqueur d'Attila. »

Aussi intéressante que celle de Verneuil, la conférence de Follin sur Guy de Chauliac est également à lire.

On pourrait croire, en voyant ainsi réunis quelques professeurs et quelques agrégés instituant, à titre privé, à la

Faculté de Paris, des conférences sur l'histoire de la médecine, qu'il n'y avait pas d'enseignement officiel, qu'il n'y avait pas de chaire d'histoire de la médecine. Or, cet enseignement existait depuis 1795. Le premier professeur chargé de l'enseignement de l'histoire de la médecine fut Jean Goulin, nommé le 21 juin 1795. Les registres officiels de la Faculté mentionnent que c'était l'homme le plus érudit de l'École, il savait le latin, le grec, l'arabe. Il occupa la chaire jusqu'au 30 avril 1799. Le deuxième titulaire fut P.-J.-G. Cabanis, du 6 août 1799 jusqu'au 6 mai 1808. De 1808 à 1818, l'enseignement fut supprimé, mais le bibliothécaire J.-L. Moreau de la Sarthe qui faisait, depuis trois ans, un enseignement officieux, fut nommé titulaire et fut professeur jusqu'en 1822. De 1823 à 1870, la chaire est supprimée et c'est le 9 mars 1870, grâce à un legs de 150.000 francs de Salmon de Chapotrau, que la chaire fut rétablie. Jusqu'à nos jours, elle a toujours été pourvue d'un titulaire. Les professeurs de l'histoire de la médecine furent successivement, de 1870 à 1872, Ch-V. Daremberg ; de 1873 à 1875, Lorain ; de 1876 à 1879, J.-M.J. Parrot ; de 1879 à 1898, J.-L. Laboulbène ; de 1899 à 1900, Ed. Brissaud. Enfin, de 1901 à ce jour, se succédèrent dans cette chaire, J. Déjerine, Gilbert Ballet, A. Chauffard, M. Letulle, P. Ménétrier, M. Laignel-Lavastine, et enfin Lévy-Valensi, le titulaire actuel.

En 1865, année pendant laquelle furent données à la Faculté les fameuses « Conférences historiques », il n'y avait plus, en effet, d'enseignement officiel d'histoire de la médecine. Nul doute que ces conférences de 1865 avaient, outre leur but pratique, le désir d'attirer l'attention des pouvoirs publics sur la nécessité de rétablir la chaire, ce qui fut réalisé cinq ans plus tard.

Les réponses de certains étudiants, sur les questions d'histoire de la science médicale, même quand il s'agit de savants disparus depuis très peu d'années, vous plongent parfois dans la stupéfaction. Un jour, un candidat, à une épreuve d'anatomie, alors que je lui demandais ce qu'il savait sur la clavicule, me répondit avec assurance : « La clavicule, cet os découvert par Poirier... » Or, Poirier, chef des travaux d'anatomie à la Faculté de Paris, fut nommé professeur d'anatomie en 1902 ; ce fut un professeur très distingué qui a laissé un bon traité d'anatomie en collaboration avec Bernard Cunéo, et qui mourut en 1907. Faire dater la connaissance de la cla-

vicule de Poirier est vraiment un peu jeune. Demandez à un étudiant quand vivaient des chirurgiens comme Tillaux, comme Guyon, comme Terrier, comme Albarran, chirurgiens que ceux de ma génération ont tous connus et admirés, et qui ont illustré notre pays, et vous vous entendrez souvent répondre : il y a cent ans, il y a deux cents ans! A un siècle près !

« On ne connaît bien une science que lorsqu'on en connaît l'histoire. » (Auguste Comte).

Rien n'est plus indispensable pour comprendre l'état actuel de la chirurgie que la connaissance des origines de notre art et les différentes étapes accomplies jusqu'à ce jour. On pourra ainsi mieux mesurer le chemin qu'il reste à parcourir.

Les chirurgiens, vers 1850, avaient coutume de dire que si l'on pouvait supprimer l'érysipèle et l'infection purulente, la chirurgie serait vraiment à un haut degré de perfection. L'érysipèle et l'infection purulente ne s'observent plus, et cependant, que de domaines où nous sommes encore impuissants ; par exemple, le domaine du cancer. Le cancer est un des plus grands fléaux de l'humanité. Évidemment, pour un cancer très limité, traité largement dès le début, l'exérèse chirurgicale donne de beaux succès ; mais malgré tout, que de guérisons provisoires, que de récidives ! On peut espérer que la cure réelle, définitive, du cancer, sera obtenue un jour, au moyen de sérums particuliers, de vaccins, de corps chimiques nouveaux, mais alors le cancer aura émigré dans la catégorie des maladies non chirurgicales. Ce jour, nous l'appelons tous ardemment, non seulement pour les pauvres malades, mais aussi pour les chirurgiens qui ont trop souvent la douleur d'assister, malgré des opérations délicates, bien conduites et tout à fait satisfaisantes en apparence, à la réapparition de ce terrible mal. Ce sera là une des plus grandes découvertes de la science, et quand on voit d'où vient la médecine et le chemin parcouru, on ne peut douter du succès.

Beaucoup de livres excellents, de thèses, de mémoires, de monographies ont été publiés sur les origines de notre art et la marche ascendante de la chirurgie. La traduction de Celse par Védrènes, les livres de Nicaise sur Henri de Monde-

ville et Guy de Chauliac ; le livre de Malgaigne sur l'œuvre d'Ambroise Paré ; le livre de Paul Lecène (1923) sur *l'Évolution de la Chirurgie ; l'Histoire de la médecine* par le professeur Laignel-Lavastine (1935) ; enfin le traité de E. Leclainche, *Histoire de la médecine vétérinaire*, nous ont beaucoup servi dans ce bref exposé de l'histoire de notre art. Nous leur avons fait de larges emprunts et nous les citons, naturellement, entre guillemets.

La préface et l'introduction de E. Nicaise sur « *La Grande Chirurgie de Guy de Chauliac* (chirurgien, maître en médecine de l'Université de Montpellier, composée en l'an 1363) », éditées en 1890, sont entièrement à lire ainsi que le livre du même auteur (professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Laënnec), sur l'œuvre de Henri de Mondeville.

Tout lettré aura aussi grand profit à lire le livre de Malgaigne sur Ambroise Paré et surtout l'introduction.

L'œuvre de Laignel-Lavastine, avec la précieuse collaboration du secrétaire général Bernard Guégan, forme un gros traité en trois volumes dont deux sont parus. C'est un véritable monument élevé à l'histoire de la médecine. On y lira, avec grand profit, l'historique de l'Académie royale de Chirurgie, par le professeur Emile Forgue (de Montpellier).

Dans son livre, *l'Evolution de la chirurgie*, livre qu'il faut lire et relire, Paul Lecène, avec sa grande érudition, son sens clinique, son sens critique, sa longue expérience, a rappelé l'évolution de la chirurgie depuis les périodes préhistoriques jusqu'à nos jours.

Quels que soient les auteurs qui auront à écrire sur les étapes de la chirurgie, tous seront tenus de suivre, dans ses grandes lignes, la classification établie par ces devanciers, mais je suis obligé, en conséquence de découvertes récentes, d'intercaler, entre la période préhistorique et la première période grecque, toute une période de haute civilisation qui date de 4.000 ans av. J.-C. et que nous ne connaissons que depuis peu : c'est toute la civilisation de l'Asie occidentale.

En somme :

1° Période préhistorique.

2° Période de l'Asie occidentale.

3° Période égyptienne.

4° Première période grecque avec *Hippocrate* (v^e^ et ive siècles av. J.-C.).

5° Deuxième période grecque : Ecole d'Alexandrie, avec *Celse* et Ecole de Rome, avec *Galien*.

6° Chirurgie des Arabes et du Moyen Age, avec *Guy de Chauliac* et *Henri de Mondeville*.

7° Période de la Renaissance et du xviie siècle, avec *Ambroise Paré*.

8° Période du xviiie siècle : Académie royale de Chirurgie, avec *Mareschal*, *La Peyronie*, *J.-L. Petit* et *Louis*.

9° Première moitié du xixe siècle, avec *Dupuytren*.

10° Deuxième moitié du xixe siècle (1847 à 1886), avec l'anesthésie générale, *Lister* et la méthode antiseptique.

11° La méthode aseptique de 1886 à 1910, avec *Félix Terrier*.

12° L'état actuel de la chirurgie (de 1910 à nos jours).

ÉPOQUE PRÉHISTORIQUE.

Origines de l'homme.

« Dès les premiers temps du quaternaire, l'homme peupla la terre. Il sait éviter les grands fauves menaçants, et, comme eux, il chasse les herbivores sans défense.

« A l'époque chelléenne, l'homme campe, sans doute par petites troupes, à l'orée des forêts... Il guette et poursuit les troupeaux... On estime à plus de cent mille le nombre des squelettes de chevaux gisant au pied des roches escarpées de Solutré, et l'on admet que les animaux affolés, poursuivis par les chasseurs et victimes d'une habile stratégie, se précipitaient dans le vide.

« Plus tard, alors que le climat devient plus froid, l'homme se réfugie dans les cavernes ; le cheval et le renne sont ses gibiers préférés. Leurs ossements se retrouvent accumulés dans le voisinage des agglomérations humaines, tandis que la présence d'os brisés et calcinés atteste la cuisson des viandes. »

Puis vient la domestication des animaux. « Il est vraisemblable que les plus précieux d'entre eux bénéficiaient de la chirurgie préhistorique révélée par les archéologues.

« Avec l'âge de bronze, qui s'ouvre vers le milieu du troisième millénaire (environ 2.500 ans av. J.-C.), la vie sociale est établie. On sème le blé, le millet et l'avoine. On trouve dans les cités lacustres du fil, des cordages, des filets, des étoffes. Les animaux domestiques sont exploités pour leurs produits. La laine est travaillée et teinte avec la guède et le kermès... les monuments de l'Égypte et de la Chaldée, les inscriptions gravées dans les stèles, les tablettes et les papyri des tombeaux et des cités enfouies dans le sol nous révèlent les premiers documents de l'histoire. » (Leclainche.)

On ne peut écrire sur l'histoire de la médecine humaine sans parler de l'histoire et des origines de la médecine vétérinaire.

A ceux qu'intéressent les premières périodes de l'apparition de l'homme sur la terre, je me permets de conseiller, de nouveau, la lecture du beau volume de mon confrère et ami de l'Académie des Sciences, E. Leclainche (*Histoire de la Médecine vétérinaire*, Toulouse, 1936). « Née avec les civilisations primitives et longtemps confondue avec la médecine de l'homme, elle s'en sépare brusquement au temps de Socrate et de Platon. Encore honorée pendant quelques siècles à Rome et à Byzance, elle s'étiole et s'efface pour végéter misérablement, oubliée ou méprisée pendant quatorze cents ans.

« Avec Platon, l'Occident connaît une philosophie nouvelle. C'est l'âme qui fait la dignité de l'homme et l'apparente aux dieux. Or l'âme est refusée aux animaux. Rien ne les rattache à l'humanité. Ils ne sauraient bénéficier sans sacrilège de l'art divin qu'est la médecine.

« C'est ainsi que se perpétue, en marge de la médecine de l'homme, une médecine des animaux qui, pendant huit siècles, va être exercée à Rome et à Byzance. Les hippiâtres sont des initiés et souvent des médecins, mais l'entrée du temple leur est interdite.

« Peut-être — le scepticisme aidant, — les deux médecines se fussent-elles rapprochées si un événement considérable n'avait surgi. Le christianisme conquiert l'empire. Or, il éprouve pour l'animal le même éloignement que les disciples de Platon.

« Ainsi la philosophie de Platon et la religion du Christ se trouvent d'accord pour repousser comme un outrage à la divinité l'idée de donner les mêmes soins à l'homme et à

l'animal. Alors qu'il a cessé d'être prêtre, le médecin reste un clerc, soumis à une stricte obédience.

« Les médecins de l'homme semblent s'être occupés, dès la plus haute antiquité, de la médecine des animaux ; Mounai-Sou, est distingué du médecin de l'homme, A-Sou.

« Le « Mahavansa » ou chronique cinghalaise, rapporte que le roi Dutha Gamain, mort en l'an 161 avant J.-C., ordonna qu'il y eût un médecin par groupe de dix villages, et qu'on fît bâtir des asiles, sur le trajet des principales routes du pays, pour que l'on prît soin des aveugles et des infirmes. Il appointa d'autres médecins pour le soin des éléphants, des chevaux et de l'armée (d'après Custom, *Histoire de la Médecine*, p. 66).

« Historiquement parlant, dit A. Castiglione (*Histoire de la Médecine*, Paris, 1931, page 102), la médecine grecque n'est qu'une phase de la pensée médicale à travers les siècles. » Il est certain que les Grecs n'ont rien ignoré des connaissances acquises par la Chaldée, par l'Égypte et par les civilisations de la Perse et de l'Inde.

Certains actes chirurgicaux étaient pratiqués à la période préhistorique.

La preuve en est donnée par la découverte de crânes qui portent les marques de la trépanation. En étudiant ces crânes trépanés, soit à l'âge de pierre au moyen de silex taillés, soit à l'âge de bronze, on peut démontrer que certaines de ces trépanations ont été faites sur le vivant et que les opérés ont survécu, puisque les bords de la perte de substance osseuse portent, sur quelques crânes, les marques incontestables d'un travail de réparation osseuse.

Dans quel but ces trépanations ? On ne peut émettre que des hypothèses. Peut-être pour libérer hors du cerveau des esprits malfaisants (?), peut-être contre certains troubles cérébraux (épilepsie ?). Nous n'en savons rien et nous n'en saurons jamais rien. En revanche, rien n'autorise à dire — quelles que soient les études faites à ce propos — que ces trépanations aient été pratiquées sans but, un but que nous ignorerons toujours, un but qui était sans aucune base scientifique réelle, c'est entendu, mais un but qui n'en existait pas moins.

Paul Broca a étudié, dans une monographie parue en 1877 « Sur la trépanation du crâne et les amulettes craniennes à l'époque néolithique », les crânes perforés trouvés par le doc-

teur Prunières. Le mémoire de Paul Broca avait été communiqué au Congrès international d'anthropologie et d'archéologie préhistorique, 8e session, Budapest, séance du 5 septembre 1876. Je cite textuellement. Paul Broca étudie « deux pratiques bien différentes, mais cependant liées étroitement l'une à l'autre par une croyance à la fois religieuse et médicale ; je dis *médicale* sans craindre de fausser l'acception de ce mot, car on sait que chez tous les peuples, la médecine avant de reposer sur l'observation, tire son origine de la superstition. L'une de ces pratiques consistait à tailler, *après la mort*, dans le crâne humain, des pièces qui servaient d'amulettes, auxquelles on attribuait des propriétés particulières ; l'autre consistait à faire sur le crâne de l'individu *vivant*, une perforation méthodique, une véritable opération, analogue à la trépanation que les chirurgiens pratiquent aujourd'hui dans un tout autre but et par un procédé tout différent.

« La découverte des amulettes appartient à M. le docteur Prunières, de Marvejols (Lozère). Depuis plus de quinze ans, M. Prunières s'est voué à l'étude des dolmens de la Lozère, qui sont très nombreux et qui étaient presque inconnus avant lui. Il a obtenu une très belle collection, conservée en partie dans sa maison de Marvejols, en partie dans le musée de l'Institut anthropologique de Paris.

« Au mois d'août 1873, à Lyon, M. Prunières présenta une pièce d'un genre tout à fait inconnu jusqu'alors. C'était une rondelle osseuse, de forme elliptique, longue de 50 millimètres, large de 38, taillée dans un pariétal humain, et occupant toute l'épaisseur de l'os.

« M. Prunières se basant sur la forme de la rondelle qui ne se prêtait à aucun usage matériel, et sur la perfection du travail de polissage montrant qu'on avait dû y attacher beaucoup d'importance, pensait que ce devait être une amulette.

« Une autre pièce osseuse, très travaillée, porte des encoches profondes, paraissant destinées à recevoir un lien de suspension.

« Les choses en étaient là, lorsque M. Joseph de Baye m'invita au mois de mars 1874, à aller visiter les grottes sépulcrales artificielles qu'il a découvertes dans la vallée du Petit-Morin (Marne). Au château de Baye, dans l'une des vitrines, se trouvait une rondelle osseuse, taillée dans un pariétal humain et parfaitement semblable à celle de Lyon,

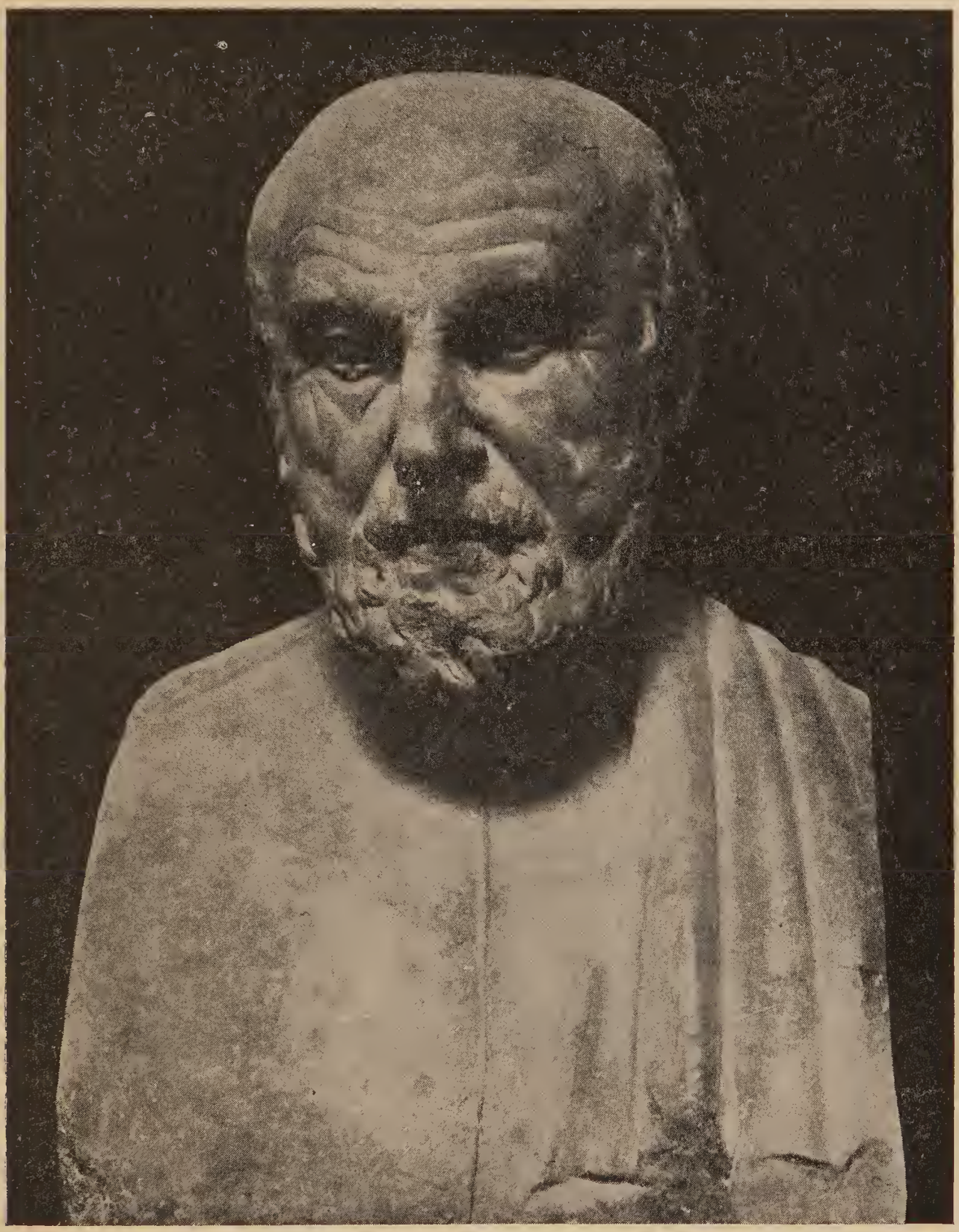
si ce n'est qu'elle était privée d'un trou de suspension, indiquant qu'elle avait été portée.

« La découverte des crânes artificiellement perforés appartient encore à M. Prunières, elle remonte à l'année 1868. »

On pouvait penser que les perforations résultaient de l'ablation post-mortem de rondelles osseuses. Mais Paul Broca remarqua, sur quelques crânes, un ancien travail de cicatrisation, et en conclut que les sections avaient été pratiquées pendant la vie, et même un grand nombre d'années avant la mort. On pouvait donc conclure à des trépanations chirurgicales et à des trépanations posthumes. Et Paul Broca établit les deux faits suivants : « 1° on pratiquait à l'époque néolithique une opération chirurgicale consistant à ouvrir le crâne pour traiter certaines maladies internes, peut-être exclusivement chez les enfants ; 2° les crânes des individus qui survivaient à cette trépanation étaient considérés comme jouissant de propriétés particulières, de l'ordre mystique, et lorsque ces individus venaient à mourir, on taillait souvent dans leurs parois craniennes des rondelles ou fragments qui servaient d'amulettes que l'on prenait de préférence sur les bords mêmes de l'ouverture cicatrisée. »

Par une série de raisonnements ingénieux, Paul Broca chercha à démontrer que la trépanation chirurgicale, dans la période préhistorique, était dirigée contre les convulsions, l'épilepsie, maladie qui se rencontre dans la jeunesse, ce qui correspond à la jeunesse habituelle, peut-être même constante, des sujets opérés.

« Il est très plausible d'admettre que les hommes néolithiques aient attribué à la substance des crânes trépanés une propriété prophylactique relative à la maladie que la trépanation était censée guérir, c'est-à-dire à l'influence des mauvais esprits, manifestée sous forme de convulsions. C'est peut-être de là que vint plus tard l'usage médicinal de la substance du crâne humain dans le traitement de l'épilepsie. On en usa et abusa pendant tout le Moyen Age, et même après la Renaissance. De la propriété prophylactique à la propriété curative, il n'y a qu'un pas, et il n'est nullement impossible que l'usage médicinal du crâne humain ait été la transformation de l'usage mystique des amulettes craniennes. »



BUSTE D'HIPPOCRATE

STATUE ÉLEVÉE DE SON VIVANT, A SON MÉDECIN ANTONIUS MUSA, PAR L'EMPEREUR AUGUSTE

ASIE OCCIDENTALE.

C'est dans les vallées du Nil, de l'Euphrate, de l'Indus, en Asie occidentale, que des fouilles récentes faites à Harappa et à Mohendjo-Daro, ont montré qu'il existait déjà des vestiges de la civilisation au quatrième millénaire avant J.-C.

« Dès la fin du quatrième millénaire, une civilisation surgit dans le pays de l'Elam. Les Sumériens qui l'habitent fondent une capitale, Suse, sur les rives de la Kerkha. Vers l'an 2500, ils possèdent une organisation politique et administrative. Ils ont aussi une littérature médicale.

« Le roi d'Our conquiert le pays sans en détruire la civilisation. Une mosaïque conservée au British Museum et qui provient du temple de Tel-el-Obied, érigé par un roi d'Our entre 4000 et 3000 av. J.-C., figure une scène de laiterie : deux vaches accompagnées d'un veau sont soumises à la mulsion. Le lait est recueilli dans un vase à ouverture étroite. Une seconde personne le verse dans un entonnoir enfoncé dans un autre vase, dont le goulot est rétréci comme celui d'une bouteille. On voit que toutes les précautions étaient prises pour réduire au minimum la souillure du liquide.

« Vers 2400, le royaume d'Our s'effondre à son tour, et les sémites du pays d'Amourrou envahissent le pays de Sumer et l'Elam. A nouveau, la Mésopotamie tout entière est placée sous le sceptre d'un grand roi, Hammouraki règne à Babylone vers l'an 2000. Dans les fouilles de Suse, l'archéologue français Morgan a découvert, en décembre 1901, un bloc de diorite, sur lequel est gravé le texte d'un *Corpus juris*, édicté par le roi Hammouraki. « C'est, dit le père Scheil, un chef-d'œuvre de la pensée humaine. » (E. Leclainche.)

PÉRIODE ÉGYPTIENNE.

Chez les Égyptiens, l'on retrouve, à côté de certaines pratiques qui ressemblent à celles de la préhistoire, quelques

peintures remontant à vingt-cinq siècles avant J.-C. et représentant des scènes de la circoncision.

Hérodote nous apprend à propos de la médecine égyptienne : « L'art de la médecine est ainsi divisé chez eux : tout le pays abonde en médecins ; quelques-uns soignent les yeux, les autres la tête, d'autres les dents, d'autres les intestins, d'autres les maladies invisibles. » (Hérodote, II, 84.)

La pratique des embaumements mérite d'être décrite. Voici ce qu'en dit Paul Lecène : « La pratique des embaumements a été très bien décrite par Hérodote et Diodore de Sicile : l'emploi d'un couteau de pierre qui servait à inciser l'abdomen, faite par le « parachiste », permet de conclure que cette curieuse coutume devait remonter à l'âge néolithique, dont la haute civilisation égyptienne est d'ailleurs beaucoup plus rapprochée qu'on ne le croyait jusqu'aux remarquables découvertes de J. de Morgan. Au « parachiste » qui, une fois faite l'incision abdominale avec le couteau de pierre, se sauvait, poursuivi par les imprécations et même les cailloux de la foule (ce qui est le cas, comme on sait, dans nombre de cérémonies rituelles primitives), succédait le « tarichente » accueilli au contraire avec des marques de grand respect (autre attitude rituelle fréquente). C'est lui qui enlevait les viscères et achevait l'embaumement : l'encéphale était extrait par les fosses nasales avec un crochet de fer, puis les viscères thoraciques et abdominaux étaient enlevés, la cavité abdominale remplie de myrrhe, de casse et d'épices variées ; enfin, l'incision abdominale était soigneusement suturée, le cadavre placé pendant soixante-dix jours dans du sel marin et du carbonate de soude, et finalement enveloppé avec le plus grand soin dans des bandelettes enduites de gomme. Il est permis de croire, sans qu'on puisse cependant le savoir d'une façon précise, que ces ouvertures de cadavres faites par les Égyptiens, avaient dû leur donner des notions d'anatomie viscérale importantes ; en tout cas, nous verrons que c'est seulement au moment où elle prit pied en Égypte, à Alexandrie, que la médecine grecque acquit une anatomie humaine vraiment sérieuse, c'est-à-dire basée sur la dissection de l'homme... La maladie la plus fréquemment rencontrée (sur ces momies), c'est le rhumatisme déformant, comme d'ailleurs chez les hommes des cavernes préhistoriques. Virchow l'avait décrite sous le nom de « goutte des cavernes »... Ces autopsies à trente ou quarante siècles de distance nous prouvent que l'huma-

nité n'a pas changé physiquement d'une façon notable depuis ces temps lointains et qu'elle était déjà, à l'époque des Pharaons, sujette aux mêmes maladies que nous rencontrons aujourd'hui ; elle n'a pas du reste beaucoup plus changé intellectuellement, ni surtout moralement, et le vernis de civilisation qui recouvre la plupart des hommes modernes n'est pas bien épais, et peut s'effriter facilement en nombre de circonstances. »

PREMIÈRE PÉRIODE GRECQUE, AVEC HIPPOCRATE.

(470-356 av. J.-C.) V et IVe siècles avant J.-C.

Le rôle de Celse.

Si l'on ne devait lire qu'un seul ouvrage touchant l'histoire de la chirurgie chez les Grecs, c'est, sans contredit, au traité *De re medica*, de Celse, qu'il faudrait accorder la préférence. Une très bonne traduction française en a été publiée par le docteur A. Védrènes, avec préface de Paul Broca, Paris, 1876, chez Masson. Nous donnons ci-dessous quelques descriptions de Celse qui permettront d'apprécier la valeur de son œuvre. Ces descriptions brèves sont précises et intéressent, même aujourd'hui.

Les plaies pénétrantes de l'abdomen et des intestins. — « L'abdomen est quelquefois ouvert par une blessure ; de là, l'expulsion des intestins au dehors. En pareil cas, il faut sur-le-champ examiner si ces organes sont intacts, puis s'ils ont conservé leur coloration naturelle. Lorsque la perforation porte sur l'intestin grêle, j'ai déjà dit qu'il n'y avait point de remède ; quant au gros intestin, il peut être cousu, non que ce moyen inspire confiance, mais parce qu'il vaut mieux se rattacher à une lueur d'espérance que de renoncer à tout espoir, et quelquefois la réunion s'effectue. Le blessé doit être couché sur le dos, le bassin un peu relevé ; si la plaie est trop étroite pour que l'intestin puisse être aisément refoulé, on la débride jusqu'à ce qu'elle ait une étendue suffisante. Alors l'aide écarte légèrement les lèvres de la plaie avec deux doigts ou même avec deux érignes, et le médecin fait tou-

jours rentrer les premières anses intestinales sorties les dernières, afin que chacune conserve son rang. » (page 513.)

Des opérations qui se pratiquent sur les testicules. — « Comme des vaisseaux en grand nombre se distribuent sur ces tuniques (les tuniques du testicule), ceux de petit volume peuvent être coupés immédiatement ; mais les plus gros doivent être préalablement liés avec un fil un peu long, pour prévenir une hémorragie dangereuse... Les fils avec lesquels les extrémités des vaisseaux sont assujettis devront rester pendants hors de la plaie ; ils se détacheront sans douleur au moment où la suppuration s'établira. » (page 520.)

De la manière d'arrêter les hémorragies dans les plaies. — « Quand une personne a reçu une blessure susceptible de guérir, il faut veiller immédiatement à ce que ni l'hémorragie, ni l'inflammation ne l'emportent. Y a-t-il crainte d'hémorragie ? ce que l'on peut préjuger d'après le siège, l'étendue de la blessure et la violence du jet de sang, on doit remplir la plaie de charpie sèche, mettre par-dessus une éponge imbibée d'eau froide et appuyer avec la main. Si le sang ne s'arrête pas, on renouvelle souvent la charpie... l'emploi des corrosifs et des caustiques qui, comme tels, produisent des eschares, doit être banni, quoique la plupart arrêtent le sang ; si l'on y a recours, on choisira de préférence ceux qui ont une action semblable, mais plus douce. Si l'hémorragie résiste, il faut saisir les vaisseaux qui fournissent le sang, les lier en deux endroits autour de la plaie et les couper dans l'intervalle, afin qu'ils se rétractent tout en ayant leurs orifices fermés. » (page 335.)

La ligature des artères était donc bien connue des anciens et c'est une erreur que d'en attribuer le mérite à Ambroise Paré.

Amputation des membres dans la gangrène. — « On fait, avec un scalpel, une incision entre le mort et le vif jusqu'à l'os, de façon à ne pas s'approcher de l'articulation, et même à empiéter sur les parties saines plutôt que d'en laisser de malades. Dès qu'on est arrivé sur l'os, on en éloigne la chair saine, et on la détache du pourtour osseux, afin de le dénuder également en cet endroit, dans une certaine étendue ; puis à l'aide d'une petite scie, on coupe l'os le plus près possible de la chair saine et encore adhérente ; ensuite, on polit la surface de la section osseuse, rendue inégale par l'action de la scie, et par-dessus, on ramène le tégument qui, grâce à

ce procédé, doit être assez lâche pour recouvrir très exactement l'os de toutes parts. » (page 557.)

Voici le serment d'Hippocrate tel qu'il est prêté à la Faculté de Paris :

« En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

« Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobres et méprisé de mes confrères si j'y manque. »

Et voici le serment d'Hippocrate tel qu'on le trouve dans les livres hippocratiques : « Je jure, par Apollon médecin, par Asclépias, par Hygie et Panacée, par tous les dieux et déesses, que je prends ici à témoin, que de toutes mes forces et selon mes connaissances, j'accomplirai ce serment tel qu'il est écrit.

« Je regarderai comme mon père celui qui m'a enseigné la médecine, je l'aiderai à vivre et lui donnerai ce dont il aura besoin. Je regarderai ses enfants comme mes propres frères. S'ils veulent apprendre cet état, je le leur enseignerai sans argent, ni obligation écrite ; je leur ferai connaître ses principes, je leur donnerai des explications étendues, je leur communiquerai généralement toute la doctrine, comme à mes enfants...

« Je ne mettrai à aucune femme d'appareil dans le vagin pour empêcher la conception ou le développement d'un enfant.

« Quand j'entrerai dans une maison, je ne le ferai que pour le bien des malades ; je m'abstiendrai de toute action

injuste, et je ne me souillerai par lascivité d'aucun contact, soit avec des femmes, soit avec des hommes libres, soit avec des affranchis, soit avec des esclaves. Tout ce que je verrai ou entendrai, soit dans le commerce des hommes, dans les fonctions ou hors des fonctions de mon ministère et qui ne devra point être rapporté, je le tiendrai secret, le regardant comme une chose sacrée. »

L'œuvre d'Hippocrate est la première œuvre médicale écrite en langue grecque, elle forme la « Collection hippocratique », dont le traité des articulations est, chirurgicalement, le plus intéressant.

La luxation de l'épaule y est parfaitement décrite, et le traité des fractures est à lire. On y trouve la description des fractures ouvertes. L'œuvre d'Hippocrate a joué un rôle capital dans l'évolution de la médecine, et a donné lieu à de multiples discussions. On a même mis en doute l'existence d'Hippocrate, comme celle d'Homère, du reste.

Dans le traité de Laignel-Lavastine, on trouvera tout ce qui a trait à la vie et à l'œuvre d'Hippocrate. Il faut toujours se rappeler qu'il n'y avait pas d'anatomie à cette époque, et que l'anatomie humaine est née à l'École d'Alexandrie.

Le grand adage d'Hippocrate : *Primum non nocere*, avant tout, ne pas nuire.

Des nombreux écrits réunis en soixante livres dans la « Collection hippocratique » quelques-uns seulement ont pu être rapportés avec certitude au maître de Cos : douze livres, d'après Littré, cinq d'après Isensée, deux seulement d'après Daremberg.

« L'œuvre hippocratique constitue une « somme » suivant l'expression du Moyen Age. Elle permet de fixer l'état des connaissances médicales au cinquième siècle avant notre ère. » (Littré, Œuvres complètes d'Hippocrate, Paris, 1839, t. I, p. 5.)

Conseils d'Hippocrate :

« On fera toute chose avec calme, avec adresse, cachant au malade, pendant qu'on agit, la plupart des choses : lui donnant avec gaieté et sérénité les encouragements qui conviennent ; tantôt le réprimandant avec vigueur et sévérité, tantôt le consolant avec attention et bonne volonté ; ne lui

laissant rien apercevoir de ce qui arrivera ni de ce qui le menace ; car plus d'un malade a été mis à toute extrémité par cette cause. » Hippocrate dans les préceptes de déontologie excellents qu'il a donnés sur la tenue du médecin, les visites, la psychologie du malade, les honoraires, les consultations avec un confrère, est à lire avec le plus grand intérêt.

DEUXIÈME PÉRIODE DE LA CHIRURGIE GRECQUE

Ecole d'Alexandrie avec Celse et Ecole de Rome avec Galien.

Deuxième période de la chirurgie grecque : non plus à Athènes, mais à Alexandrie d'Égypte, de l'an 331 av. J.-C. à l'an 37 après J.-C. Grâce à la dissection sur les *cadavres humains*, de précieuses connaissances anatomiques sont acquises, et aussi des notions de physiologie. Pendant cette période de trois siècles, deux grands noms dominent tous les autres, celui d'Hérophile, et celui d'Erasistrate.

Hérophile, dont le nom est parvenu jusqu'à nous comme celui d'un grand savant, avait de solides notions d'anatomie. Il était né vers 340 av. J.-C. et vécut à Alexandrie. Dans le livre de Laignel-Lavastine, toute sa vie est parfaitement tracée. Il fut le premier à disséquer des cadavres humains ; avant lui, les dissections se faisaient seulement sur des cadavres d'animaux.

« Il étudia méthodiquement le cerveau et aboutit à la conclusion que la plupart des nerfs ont leur origine au cerveau ; certains ont leur origine dans la moelle épinière. On lui doit la première observation anatomique détaillée du cerveau, il découvrit le quatrième ventricule. » Il découvrit le confluent veineux qui porte son nom.

« Hérophile fut un grand gynécologue et accoucheur. Entre autres curiosités qu'il lui fut donné d'observer dans le domaine de l'obstétrique, il assista à la naissance de quintuplées. Il écrivit un « *Livre des sages-femmes* ». La première femme qui ait exercé en Grèce la profession d'accoucheuse, une jeune fille d'Athènes, Agnodice, étudia avec lui. « La

loi interdisait alors aux femmes et aux esclaves de se mêler d'art médical, et comme nombre de femmes refusaient par pudeur les soins des médecins, les accouchements s'accompagnaient souvent d'accidents mortels. Agnodice se travestit en homme pour étudier la médecine, et ses études achevées, alla offrir ses services à une femme en couches à qui elle révéla son sexe. Sa réputation grandit si vite que les médecins jaloux, qui ignoraient son sexe, l'accusèrent d'avoir séduit des femmes. Elle fut alors forcée de déclarer devant l'aréopage qu'elle était femme. Les médecins la poursuivirent de plus belle, mais l'intervention des femmes de la noblesse la fit acquitter, et l'on modifia la loi en autorisant les femmes libres à exercer la profession de sages-femmes. »

Une belle pensée d'Hérophile : « Par-dessus tout, le médecin doit connaître les limites de son pouvoir ; car celui-là seul qui sait distinguer le possible de l'impossible est un médecin parfait. »

Hérophile, véritable savant, fit école et eut de nombreux élèves.

Erasistrate. — Né en 330 av. J.-C., mourut vers 250. On l'appela l'Infaillible. On raconte de lui une cure qui le rendit célèbre : « Antiochus, fils de Seleucus, avait une maladie mystérieuse, et dépérissait sans que personne pût déceler la cause de son affection. Erasistrate appelé à son chevet considère le facies amaigri, l'éclat des yeux, la pâleur du visage, prend garde au timbre de la voix, puis il examine le pouls du malade et fait venir une à une les femmes du palais, sans que le pouls manifeste le moindre changement. Cependant, à la vue de Stratonice, seconde femme de son père, le cœur d'Antiochus bat avec violence. Erasistrate découvre ainsi le mal secret dont souffre le fils du roi et obtient de Seleucus Nicator qu'il donne Stratonice à son fils. Le remède fut aussi efficace que le diagnostic avait été juste, et le médecin obtint une guérison inespérée. Ce récit prouve qu'Erasistrate connaissait les travaux d'Hérophile, et l'étude du pouls était passée à l'ordre du jour. » (Laignel-Lavastine.)

Erasistrate écrivit de nombreux livres qui ne nous sont pas parvenus et ce que nous savons de son œuvre, nous le devons à Celse.

Il approcha le problème de la circulation du sang.

⁂

C'est à un compilateur latin, Celse, que nous devons de connaître la médecine grecque et les savants qui l'ont illustrée. L'œuvre de Celse est magistralement exposée dans la leçon de Paul Broca, en 1865, à la Faculté de Médecine.

« Je ne veux pas vous parler d'un homme, mais d'un livre et aussi d'une époque. Celse, l'auteur de ce livre, nous est à peu près inconnu. Son nom ne nous est parvenu qu'altéré par les copistes. On ne sait ni où il est né, ni où il est mort. On suppose qu'il a vécu à Rome ; c'est très probable ; mais ce n'est pas certain. On ne connaît ni sa famille, ni ses amis ; on discute sur l'époque où il florissait, et pendant que les uns le font vivre sous le second triumvirat, d'autres le font contemporain de Tibère, de Néron et même de Trajan. Voilà bien des incertitudes et pourtant il en est une plus grande encore, car on ignore sa profession. Était-il médecin, ou chirurgien, agriculteur, rhéteur ou philosophe ? Vivait-il dans les camps ou exerçait-il, auprès d'un prince du sang, les fonctions de secrétaire ? Toutes ces hypothèses ont été soutenues et de pareilles divergences ne prouvent qu'une chose, c'est qu'on ne sait rien ou presque rien sur la personne de Celse.

« Le livre de Celse, *De re medica*, est certainement l'un des écrits les plus remarquables de l'antiquité. Le style en est si pur, si correct que beaucoup d'auteurs ont appelé Celse le Cicéron des médecins. Ce livre résume dans son élégante concision, l'ensemble des connaissances médicales et chirurgicales de l'époque qui a précédé celle de Galien. Parmi les soixante-douze auteurs médicaux dont Celse a consulté et cité les ouvrages, il n'en est qu'un seul, Hippocrate, dont les écrits aient survécu au cataclysme du Moyen Age. La plupart d'entre eux ne nous sont connus que par le livre de Celse, et il n'y a pas d'exagération à dire que près de la moitié de ce que nous savons sur l'histoire de la médecine et de ses progrès en Grèce, à Alexandrie et à Rome, pendant les quatre siècles qui ont suivi l'époque hippocratique, nous a été conservé par Celse et par Celse seulement.

« Il n'en faudrait pas tant pour expliquer le succès extraordinaire que cet ouvrage a obtenu depuis la Renaissance. Jusqu'alors on en avait fait peu de cas, mais l'imprimerie naissante lui rendit justice. Il eut l'honneur d'être imprimé dès

1478, cinq ans avant l'*Ars parva* de Galien et les *Aphorismes* d'Hippocrate, et j'ai lieu de croire que les seuls ouvrages de médecine qui aient été imprimés avant celui-là sont le *Canon* d'Avicenne (1476) et un fragment d'Albucasis sur la préparation des médicaments (1471).

« Aucun livre de science n'a été édité plus souvent que celui de Celse. Choulant, en 1824, en a cité cinquante-quatre éditions latines, sans compter quinze éditions dont il n'a pu constater l'authenticité, et sans compter un bon nombre de traductions dans la plupart des langues de l'Europe.

« Celse a eu un grand nombre de commentateurs... Morgagni, qui en trente ans, de 1720 à 1750, écrivit sous forme de lettres, huit dissertations critiques sur Celse, et qui, en 1768, octogénaire, revint encore sur ce sujet dont il s'occupait depuis près de cinquante ans ; et enfin Léonard Targa qui, plus persévérant encore, consacra entièrement soixante ans de sa longue vie à l'étude des manuscrits et des éditions de Celse. »

Le véritable prénom de Celse est Aulus et non Aurélius comme le portent à tort la plupart des éditions. Il aurait écrit sous le règne de Tibère.

Par une série de déductions précises, Paul Broca montre que Celse est antérieur au règne d'Auguste : « Comment se fait-il que Celse, cet écrivain si érudit, qui a cité un si grand nombre d'auteurs et de praticiens, n'ait pas parlé d'Antonius Musa, médecin d'Auguste, de cet *illustre*, de cet *immortel* Musa, qui avait sauvé ou qui passait pour avoir sauvé les jours de l'empereur, et qui, en récompense, reçut les plus grands honneurs qu'on ait jamais accordés à un médecin, puisque le Sénat lui octroya l'anneau d'or des chevaliers et qu'on lui éleva, de son vivant, une statue auprès de celle d'Esculape ?... Le *De re medica* est donc antérieur à cette maladie, dont les histoires ont indiqué la date, et qui eut lieu l'an 731 de Rome, c'est-à-dire l'an 22 av. J.-C.

En somme, c'est une sorte d'encyclopédie que Celse a édifiée.

« Cette encyclopédie comprenait d'abord un traité d'agriculture, *De re rustica*, en cinq livres ; puis le traité *De re medica*, en huit livres ; le traité de rhétorique, probablement en sept livres, venait immédiatement après. On ne sait dans quel ordre se succédaient les autres traités ; on n'en connaît même pas le nombre ; on sait seulement qu'il y en avait un

sur le droit, un autre sur la philosophie, un troisième sur l'art militaire...

« Pour vous convaincre (de la supériorité de la médecine et de la chirurgie romaines), il vous suffira de lire le livre de Celse. Vous serez étonnés de voir ce que savaient ces praticiens de Rome tant dédaignés par Pline ; de voir surtout à quel degré de splendeur s'était élevée la chirurgie opératoire.

« L'arsenal des instruments de chirurgie était alors beaucoup plus riche qu'on ne l'a cru pendant longtemps. Celse et tous les auteurs qui ont écrit sur la chirurgie jusqu'à Paul d'Egine, ont mentionné un grand nombre d'instruments, mais ne les ont pas décrits, et on ne se faisait aucune idée du matériel chirurgical des anciens, avant la découverte des ruines d'Herculanum et de Pompéi.

« Dans une seule maison de Pompéi, voisine du palais de Claude, on a trouvé jusqu'à quarante instruments dont plusieurs sont semblables à ceux que nous employons encore aujourd'hui. En 1847, époque où M. Ben. Vulpes a publié son intéressante monographie, le nombre des instruments conservés dans le musée opératoire de Naples s'élevait à cent quatre-vingt-dix-neuf. M. Vulpes en a figuré une quarantaine sur de belles planches.

« De tous ces instruments, le plus remarquable est le spéculum de la matrice, dont les trois branches, mues par un mécanisme ingénieux, s'écartent en restant parallèles. Il y a une cinquantaine d'années, lorsque Récamier inventa son spéculum pour appliquer des cautérisations sur le col de la matrice, on crut qu'il venait d'ouvrir à la chirurgie une voie nouvelle.

« L'opération de la ligature (des vaisseaux) était connue des anciens, et vous jugez quelle a dû être au Moyen Age la décadence de la chirurgie pour que cette ressource opératoire, sans laquelle nous ne saurions aujourd'hui pratiquer presque aucune opération, ait été entièrement oubliée, jusqu'au jour où elle fut de nouveau inventée par notre grand Ambroise Paré. »

Comme dit Paul Broca, le livre de Celse résume toutes les connaissances médicales de la grande période comprise entre Hippocrate et Galien. « En vous donnant quelques renseignements sur le milieu dans lequel ce livre s'est produit, j'ai voulu surtout vous donner envie de le lire. » C'est le vœu que je forme également pour mes lecteurs.

« Nous devons donc être en somme reconnaissants au gen-

tilhomme romain, Celse, d'avoir eu le goût des compilations, des traductions et de la rédaction des ouvrages de vulgarisation ; mais appeler une opération rapportée dans son ouvrage, opération de Celse, c'est à peu près aussi raisonnable que si l'on donnait dans quelques siècles le nom de Larousse aux inventions qui sont décrites dans l'encyclopédie de cet éditeur. » (Paul Lecène.)

La valeur du livre de Celse tient aussi à une autre raison : la destruction de la plupart des manuscrits où Celse avait puisé. « La bibliothèque d'Alexandrie a subi deux incendies à sept siècles de distance ; d'abord en l'an 46 av. J.-C. après la bataille de Pharsale ; puis en l'an 640 après J.-C. sous le kalife Omar. Ces désastres en effet, engloutissant, après tant de manuscrits précieux, la plupart de ceux où Celse avait puisé les éléments du sien, ou en n'en laissant subsister que des épaves, ont donné au traité *De re medica*, resté seul debout, les proportions d'un monument, et, à son auteur, l'importance d'une époque dans l'histoire de la médecine. Tel qu'il est, ce livre nous est donc extrêmement précieux, car il renferme la substance des progrès réalisés en médecine et en chirurgie, depuis Hippocrate jusqu'au siècle d'Auguste, c'est-à-dire pendant les quatre siècles qui ont précédé l'ère chrétienne et durant lesquels naquit et fleurit la célèbre École d'Alexandrie. C'est par ce livre également, que nous connaissons les doctrines de plusieurs auteurs célèbres de la Grèce, de l'Égypte et de Rome, dont sans lui, nous ignorerions même les noms. » (Védrènes.)

C'est à Celse que l'on doit le fameux portrait du chirurgien si souvent cité. « Le chirurgien doit être jeune, ou du moins assez voisin de la jeunesse ; il faut qu'il ait la main prompte, ferme, jamais tremblante ; la gauche non moins habile que la droite ; la vue nette et perçante ; l'aspect hardi ; le cœur assez compatissant pour vouloir la guérison de son malade, mais non au point de mettre, sous l'émotion de ses cris, plus de précipitation que la circonstance ne le comporte, ou de moins retrancher que le cas ne l'exige ; en un mot, il doit tout faire comme si les gémissements du patient ne l'impressionnaient pas. »

Dans ce portrait, nous voyons que Celse demande que le chirurgien ait la main gauche non moins habile que la droite. Des chirurgiens, au contraire, et Malgaigne, je crois, ont critiqué les ambidextres, craignant qu'ils ne soient mala-

droits des deux mains. Dans le grand nombre de chirurgiens que j'ai eu la joie de voir opérer, je n'en ai rencontré qu'un seul qui se servît indifféremment, et avec même adresse, de la main droite et de la main gauche : c'était mon contemporain, mon ami, Charles Dujarier. Son bistouri était tenu et dirigé — et avec quelle précision, quelle sûreté ! — aussi bien par une main que par l'autre. J'ai vu plusieurs chirurgiens qui étaient gauchers, mais d'ambidextres, je n'en ai jamais vu, sauf, comme je viens de le dire, Charles Dujarier.

Lors de ma première année d'études médicales, en 1889, j'assistai à la leçon d'ouverture du professeur Paul Tillaux, dans son Cours de médecine opératoire. Tillaux était un remarquable professeur. Il commença par esquisser, à la manière de Celse, le portrait du chirurgien : « Le chirurgien doit être *jeune*, *fort* et *audacieux*. » Et il commenta ces trois qualificatifs. Celse lui-même dit bien que le chirurgien doit être *jeune*, mais il corrige aussitôt, il atténue : « ou du moins assez voisin de la jeunesse ». Paul Tillaux qui, à l'époque de cette leçon d'ouverture, devait approcher de la soixantaine, corrigea lui aussi en ajoutant qu'il fallait tenir compte de l'expérience qu'apportent les années, expérience qui compensait largement la disparition de la jeunesse. *Fort* pour un chirurgien, c'était indispensable, et Tillaux était en effet d'une force herculéenne ; il pouvait, par simple ostéoclasie manuelle, redresser un cal vicieux du cou-de-pied. Quant au qualificatif de *hardi*, il ne manqua pas de nous faire remarquer que la hardiesse, indispensable au chirurgien, doit être tempérée par la prudence. Tant il est vrai qu'aucun homme ne peut s'oublier complètement, même dans les descriptions les plus générales. Moi-même, je vais immédiatement tomber dans ce travers. Quand cesse la jeunesse ? Il y a quelques décades, un chirurgien n'opérait guère après soixante ans, tandis qu'aujourd'hui, la limite est dépassée de dix ans, au moins, car ce n'est plus la même chirurgie qui est pratiquée. Il y a quarante ans, une seule opération suffisait bien souvent à remplir une matinée. Aujourd'hui, un chirurgien, même âgé, arrive à pratiquer sans fatigue, plusieurs interventions dans la même matinée. Kocher (de Berne), Roux (de Lausanne), Félix Terrier ont opéré avec sécurité jusqu'à l'extrême vieillesse. Tout est cas d'espèce. L'ancien doyen Debove avait coutume de dire : « L'homme âgé est celui qui a dix ans de plus que moi ! »

Quand on songe aux nombreuses années nécessaires pour faire un chirurgien (en admettant qu'il soit doué), il en découle, d'une façon évidente, qu'il y a lieu d'en tirer parti le plus longtemps possible. Certains chirurgiens au contraire, pourraient sans inconvénient, être « retranchés » beaucoup plus tôt.

Un jour, j'avais opéré un jockey célèbre. Il chercha à me démontrer qu'un jockey est bien supérieur à un chirurgien, ou du moins bien plus difficile à « obtenir » qu'un chirurgien. « Voyez-vous, disait-il, il faut qu'un jockey ne grandisse pas, n'engraisse pas. Ne pas engraisser, c'est encore facile, mais ne pas grandir ! Il faut aussi qu'un jockey n'ait pas peur de se casser la figure ; s'il a peur, s'il devient timoré, il est perdu. Et enfin, il faut qu'un jockey ait des yeux dans le dos, car il doit juger non pas seulement de la vitesse du cheval qu'il monte, mais surtout de la vitesse du cheval qui arrive derrière. Aussi, concluait-il, si vous connaissez un bon jockey, faites tout pour qu'il dure le plus longtemps possible. Vous constaterez qu'il y a des jockeys déjà âgés qui sont incomparables, Donoghue, par exemple, et d'autres, tout jeunes, qui sont fort médiocres. Et tout cela, ajoutait mon jockey, pour une action qui ne dure que quelques minutes, alors qu'en chirurgie, vous avez plus de temps pour la réflexion... »

A mon tour, je me risque à tenter un portrait du chirurgien.

Le chirurgien doit être doué d'une grande adresse naturelle qu'il développera chaque jour, grâce à un travail acharné.

Il sera ménager de ses gestes — ne jamais en faire deux quand un seul suffit — et dans chacun de ses gestes, il sera précis et efficient au maximum.

Il doit être calme, s'attendre à tout et se tenir toujours prêt à rétablir la situation par la manœuvre la plus appropriée et par des gestes qui, très souvent, arrivent à être spontanés et précèdent la réflexion.

Il doit avoir du bon sens, pour poser toujours le diagnostic le plus simple et adopter toujours l'intervention la moins compliquée et cependant suffisante.

Il doit avoir une mémoire précise des choses vues ; c'est plutôt un visuel qu'un auditif.

Il conservera le souvenir de ses échecs, sans pour cela devenir timoré, car le timide est plus dangereux que l'audacieux.

Il doit avoir une solide base anatomique, anatomo-pathologique, biologique et clinique. Une longue expérience lui enseignera à combiner ces différentes notions pour en tirer le meilleur parti possible.

Il doit être attentif.

Il doit avoir un sens psychologique averti.

Il doit être bon, compatissant, attacher un grand prix à la vie humaine et ne faire aux autres que ce qu'il voudrait qu'on lui fît.

Il doit posséder un coup d'œil pénétrant, rapide, des mains fermes et sûres, et un synchronisme parfait entre l'œil et la main.

Il doit être au-dessus de sa besogne.

Il doit être à la fois prudent et audacieux.

Il doit avoir cette qualité indéfinissable, l'autorité.

Il doit avoir une santé à toute épreuve ; une résistance infinie à la fatigue ; une force morale que rien ne puisse abattre ; un égal mépris pour les louanges et les critiques, encore plus marqué pour les louanges que pour les critiques ; une grande modestie jointe à une notion très nette de sa valeur.

Il ne doit jamais critiquer ses collègues, mais les estimer, même s'il ne se sent pas attiré vers certains d'entre eux, car ils font, comme lui, un travail que bien peu d'hommes osent entreprendre.

Les anciens disaient que le chirurgien ne doit pas dîner chez son client. Ajoutons que, devant ses amis, au cours d'un dîner, il fera bien de s'abstenir de parler chirurgie et surtout chirurgiens.

Il doit être, dans toute l'acception du terme, l'honnête homme, comme l'entendaient nos pères.

Et lorsque sonnera l'heure de quitter l'existence — s'il a la chance de succomber après une très brève maladie — il pourra, il devra estimer avoir été l'un des plus heureux parmi les pauvres humains, car il aura rendu, en exerçant une noble carrière, que l'on ne peut que servir avec passion, les services les plus éminents à ses contemporains, puisqu'il aura sauvé la vie d'un grand nombre d'entre eux.

Vie de Galien. — Né en 130 après J.-C. à Pergame, il écrit : « J'ai eu le grand bonheur d'avoir un père sain, droit, brave

et humain. Par contre, ma mère était si coléreuse qu'elle mordait parfois ses servantes, criait et se disputait toujours avec mon père. Elle était pire que Xantippe avec Socrate. »

Il fit de fortes études classique. C'était un lettré.

« Galien travaille d'abord à Pergame, avec l'anatomiste Satyros, puis avec un hippocratiste, Stratonicos, et un empirique Aeschrion. Il part pour Smyrne où il a pour maître Pélops, avec qui il étudie l'anatomie des muscles et complète ses notions sur les affections nerveuses et les maladies chirurgicales. A Corinthe, il reçoit les leçons de Numisianus. A Alexandrie, parmi les affluences de malades qu'attire la réputation de la fameuse École, il travaille avec l'anatomiste Héraclien et avec Julianos. Ses occupations sont multiples, il perfectionne ses connaissances en ostéologie et en myologie.

« Après un an de séjour à Alexandrie, il regagne sa ville natale ; le grand prêtre le nomme médecin du collège des gladiateurs. Il occupe ce poste, où il pratique surtout la chirurgie, pendant quatre ans, de 158 à 163. Il humecte les pansements de vin rouge pour empêcher l'inflammation (ce qui constitue en somme un pansement alcoolisé).

Il n'aimait pas les athlètes sur lesquels il a écrit une série de phrases cinglantes. « Milon, ce fameux Crotoniate, parcourt un jour le stade, portant sur ses épaules un des taureaux immolés pour le sacrifice. Comment ne pas reconnaître que peu d'instants avant, l'âme du taureau portait le corps de cet animal vivant, bien plus aisément que Milon n'avait réussi à le faire puisqu'elle pouvait courir en le transportant ? Cependant cette âme n'avait aucun prix, non plus que celle de Milon. »

En 163, il quitta Pergame pour aller à Rome, sous Marc-Aurèle.

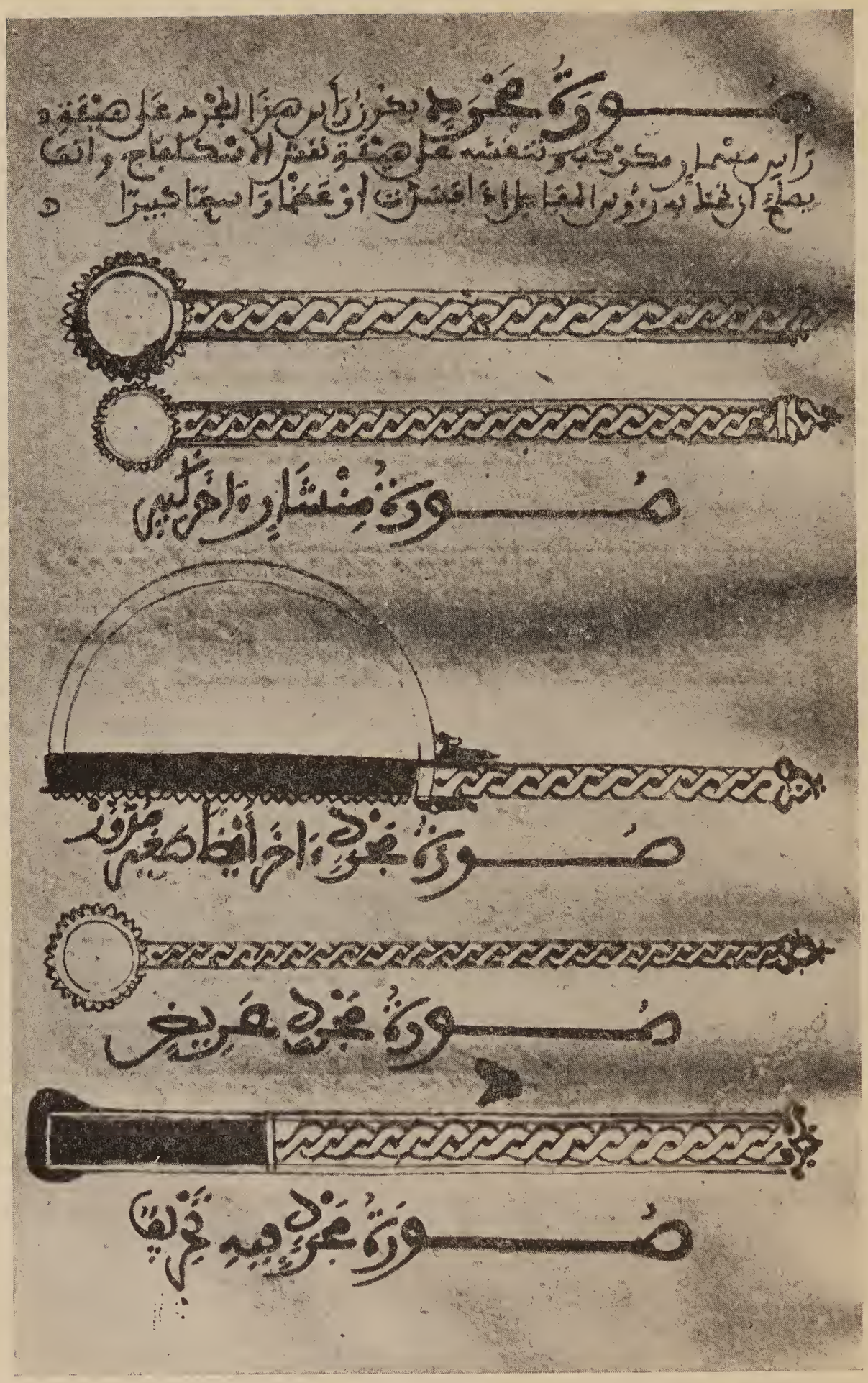
« Galien était connu à Pergame. Il devint célèbre à Rome, avec une promptitude extraordinaire. Mais cette réussite fut le résultat de son génie, allié à sa capacité surhumaine de travail et à son habileté de praticien. »

« La haine ne l'épargna point. Sa supériorité, sa réussite, sa facilité lui valurent d'être traité de « phraseur » d' « amateur de paradoxes », de « débiteur de faux miracles ».

Il fut le médecin de Marc-Aurèle, de Septime-Sévère, de Caracalla et mourut en 201 après J.-C.

Galien a laissé une œuvre considérable, plus de cinq cents livres.

INSTRUMENTS DE CHIRURGIE TROUVÉS A POMPÉÏ



INSTRUMENTS DE CHIRURGIE DES ARABES.

Nous renvoyons le lecteur à l'article du docteur Paul Seidmann, dans le traité de Laignel-Lavastine (vol. I, page 395), pour tous les détails concernant la vie magnifique de Galien, qui peut être considéré, avec Hippocrate, comme le père de la médecine.

Dans la belle bibliothèque de la Faculté de Médecine de Paris, les étudiants peuvent voir, à la place d'honneur, les deux bustes d'Hippocrate et de Galien.

Un des plus importants ouvrages de Galien, *De l'utilité des parties du corps humain*, a été traduit par Daremberg.

Ligatures, résections de côtes pour empyème, résection du sternum, réduction et consolidation des fractures, traitement des luxations, trépanation et même chirurgie oculaire et chirurgie otologique, lui furent plus ou moins familiers.

Dans le domaine de la chirurgie, Galien était passé maître.

Galien est le type du savant d'autrefois, d'esprit encyclopédique, à qui l'étude des diverses sciences touchant son art ne paraissait même pas suffisante. Il eut l'ambition d'être omniscient.

« Qu'il ait savouré sa gloire, qu'il ait joui de ses succès, c'est possible ; le travail ne devait d'ailleurs pas lui en laisser beaucoup le temps. Les biens de la fortune sont venus à lui qui comparait les riches à une fontaine. « On y vient puiser l'eau tant qu'elle en contient ; mais quand elle est tarie, on y satisfait aux besoins de la nature, après avoir relevé sa tunique. » (Paul Seidmann.)

CHIRURGIE ARABE.

L'histoire de la chirurgie arabe est passionnante, dès qu'on se met à la fouiller. Elle ne mérite pas l'appréciation de Lecène : « Le rôle des Arabes a été très minime dans l'évolution de la chirurgie ; il a même, à tout prendre, été plutôt néfaste à cause de cet usage excessif du fer rouge qu'ils imposèrent à la chirurgie médiévale. »

L'article le meilleur sur cette question nous paraît être l'étude consacrée à la médecine arabe par le docteur J. San-

jurjo d'Arellano, dans le volume I du traité de Laignel-Lavastine (pages 497 à 525).

Jusqu'à la prise d'Alexandrie par les Arabes, dans les derniers siècles de l'existence scientifique de cette illustre université, les études de l'École furent surtout sociales et religieuses. Vers 300, seize médecins connus de cette époque furent prêtres, moines ou évêques. En 310, saint Côme et saint Damien qui sont les patrons des chirurgiens et qui exerçaient gratuitement la médecine, furent martyrisés.

« Le développement des institutions hospitalières et charitables favorisa et renforça les études médicales. Justinien et Théodora, ainsi que leurs successeurs, fondèrent et dotèrent de très nombreux hôpitaux, asiles de vieillards, infirmeries, hospices d'incurables qui furent soumis à un directeur d'assistance publique (le grand orphanotrope) que nommait l'empereur.

« Au moment de la prise d'Alexandrie par les Arabes (17 sept. 642), prise complétant la conquête de la Perse, de la Syrie, de la Mésopotamie, de l'Égypte, Alexandrie n'était plus un grand foyer intellectuel que grâce à la médecine : « La médecine y était encore, au VIIe siècle, de toutes les sciences la mieux représentée. Au milieu des noms plus ou moins connus se détache celui de Paul d'Egine, le plus grand chirurgien de l'antiquité ! Quelques médecins y fondèrent une école, instituèrent des cours et prirent pour base de leur enseignement, un recueil de seize livres résumant les œuvres de Galien. » (Sanjurjo d'Arellano.)

L'article du docteur Sanjurjo d'Arellano est des plus intéressants. Voici, d'après Sanjurjo d'Arellano, ce qu'Aboulfaradge raconte sur l'incendie de la bibliothèque d'Alexandrie : « Amrou ben el Aas, le lieutenant d'Omar qui s'était emparé d'Alexandrie, se prit d'amitié pour un érudit grec Jean Philoponas (dit Jean le grammairien). Un jour, Jean lui demanda de lui donner les livres de la bibliothèque que le conquérant avait mis sous séquestre et qui ne lui étaient d'aucune utilité. Amrou envoya un messager auprès d'Omar pour lui demander l'autorisation d'exaucer le vœu de son savant ami. « Si ce que contiennent ces livres, répondit le chef des croyants, est conforme au livre de Dieu, le livre de Dieu nous suffit. Si, au contraire, ce qu'ils contiennent n'est pas conforme, il faut les détruire. » En conséquence, Amrou fit distribuer les livres aux bains d'Alexandrie pour allumer le feu.

« La science devait avoir une éclatante revanche. Elle est femme et par ses séductions, elle acquit une telle emprise sur les Arabes que, pendant des siècles, ils coururent à sa poursuite et vécurent dans sa dévotion. »

Cette destruction des livres ne s'arrêta pas à la bibliothèque d'Alexandrie. A Bagdad, une telle quantité de livres furent jetés dans le Tigre, « qu'ils faisaient un pont d'une rive à l'autre ».

Les chefs arabes, les membres des familles régnantes firent traduire les ouvrages d'astronomie et de médecine, d'abord du grec en syrien, et du syrien en arabe, et les chercheurs se mirent à étudier les métaux, recherches d'où naquirent l'alcool, le sublimé corrosif, le nitrate d'argent, l'acide sulfurique, c'est-à-dire la chimie.

Un grand nom parmi les médecins arabes, Avicenne. « Avicenne (Abou Ali el Hosaïn, ibn Abdallah, ibn Siora 980-1037) physicien, astronome, géologue, philosophe et poète, est le plus célèbre des médecins arabes. Ce fut un génie dont la culture encyclopédique était extraordinaire, un phénomène par la précocité de son intelligence, sa puissance de travail, l'étendue de ses connaissances. Il étudia toutes les sciences et dans toutes se montra supérieur. Son œuvre capitale, le *Canon*, est une vaste synthèse des connaissances médicales de son temps.

Les Arabes arrivèrent en Espagne, où ils prirent Cordoue, et bientôt la bibliothèque compta plus de 600.000 livres. Un nom de savant, de cette époque, doit être connu, c'est celui d'Albucasis, qui serait mort en 1013, laissant une encyclopédie médicale en trente volumes, dont le dernier volume traite de la chirurgie. C'est la première fois que l'on voit représentés par des figures les instruments qui sont employés. Les belles planches reproduites dans le traité de Laignel-Lavastine, pages 520 et 521, sont à admirer.

Pour apprécier l'œuvre des Arabes, on ne peut mieux faire que de reproduire la conclusion de l'article du docteur Sanjurjo. « Quels que soient cependant les services rendus à l'humanité souffrante par les médecins arabes, et les progrès scientifiques qu'ils ont pu réaliser, ce n'est pas là qu'il faut chercher le trait dominant de leur œuvre et ce qui lui confère son sens et sa valeur exceptionnelle. On sait qu'il s'établit une circulation collatérale dans l'organisme lorsqu'un gros vaisseau est sectionné. Lorsque l'empire romain fut scindé

de telle façon que toute communication fut à peu près supprimée entre l'orient byzantin et l'occident envahi par les barbares qui ne comprenaient pas la langue grecque, la science arabe joua le rôle de cette circulation collatérale. Elle fut, pourrait-on dire, le véhicule qui rétablit la liaison spirituelle entre l'orient hellénisé et les jeunes nations héritières des Latins. Après le « miracle du génie grec », le monde bénéficia du « miracle de la science arabe ».

LA CHIRURGIE AU MOYEN AGE.

Deux noms célèbres : Henri de Mondeville, Guy de Chauliac.

Leurs œuvres à l'un et à l'autre ont été traduites et commentées par Nicaise, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris.

La chirurgie de maître Henri de Mondeville, chirurgien de Philippe le Bel, roi de France, a été composée de 1306 à 1320. La traduction française en a été publiée par E. Nicaise en 1889, ainsi qu'une introduction et une biographie.

« Ce monument de la chirurgie française méritait de trouver sa place parmi ceux des prédécesseurs de Guy de Chauliac. » (Littré.) C'est notre premier chirurgien en France.

Henri de Mondeville est né en Normandie, dans le village de ce nom, à quelques kilomètres de Caen. C'est lui le premier en France qui chercha à relever la chirurgie qui était tombée très bas.

« Le premier document qui parle de Mondeville est de 1301 ; il nous apprend que Mondeville est *Chirurgien du roi*. Il est porté en effet sur des tablettes de cire comme ayant accompagné le roi en Flandre, dans un voyage qu'il fit entre le 28 avril et le 29 octobre 1301, avec la reine et ses enfants. D'après ces tablettes, H. de Amondaville (autre nom sous lequel il était connu) reçut de J. Breton, pour 234 jours passés en 1301 avec les fils du Roi et à la Cour et 9 en dehors, la somme de 41 livres 2 sols 4 deniers.

« En 1301, le service médical de la maison du Roi comprenait, outre H. de Mondeville, trois autres chirurgiens, Jacques de Sienne, Jean de Padoue et Jean Pitard, puis trois médecins, Jean de Paris, Guillaume de Gross et Guillaume

d'Aurillac, de son vrai nom Guillaume Bauffet, qui fut nommé évêque de Paris le 23 juin 1304. Cet exemple est un des nombreux qui montrent en quel honneur était la médecine auprès de l'Église et le rôle important que jouaient certains médecins. »

H. de Mondeville termine un long plaidoyer en faveur de la chirurgie par cette péroraison : « Vous autres, chirurgiens, si vous avez opéré consciencieusement chez les riches et pour un salaire convenable, et chez les pauvres par charité, vous ne devez craindre ni le feu, ni la pluie, ni le vent ; vous n'avez pas besoin d'entrer en religion, de faire des pèlerinages, parce que par votre science vous pouvez sauver des âmes, vivre sans pauvreté et mourir dans vos maisons, vivre en paix et avec joie, et exulter parce que votre récompense est grande dans les cieux. De même que Jésus-Christ en faisant œuvre de chirurgien a voulu honorer les chirurgiens, de même le roi de France les honore en guérissant les scrofules. »

Guy de Chauliac. — Le début du traité de Guy de Chauliac est cité partout.

« Les sciences sont faites par additions, n'estant possible qu'un même commence et achève.

« Nous sommes comme enfant au col d'un géant ; car nous pouvons voir tout ce que voit le géant, et quelque peu davantage. »

Guy de Chauliac termine ainsi :

« Or, il est temps de finir ce sermon, suppliant celui qui en cette navigation a gouverné l'anchre, qu'en attirant les amis fidelles il les admette en la gloire céleste : ce que daigne octroyer à moy, et à tous les lecteurs, le mesme Dieu bénit, qui vit et règne aux siècles des siècles. Amen. »

Il est encore un portrait du chirurgien qu'a tracé Guy de Chauliac. E. Nicaise le donne dans *la Grande Chirurgie de Guy de Chauliac* (Paris, 1890, Félix Alcan). Nicaise a tant vécu avec Guy de Chauliac, qu'il fait comme les critiques qui ont vécu avec les maîtres du quinzième siècle et qui ne disent plus que le « quinzième », ou avec ceux qui ont beaucoup étudié l'œuvre de Balzac et qui ne disent plus qu' « Honoré ». Nicaise ne dit plus Guy de Chauliac, mais d'une façon charmante, il dit Guy.

« Je rappellerai d'abord ce que, selon Guy, doit être le

chirurgien et quelles sont les conditions qu'il doit remplir pour opérer. Les conditions requises au chirurgien sont quatre : la première est qu'il soit lettré ; la seconde qu'il soit expert ; la troisième qu'il soit ingénieux ; la quatrième qu'il soit bien morigéré (morigeratus). Il est donc requis en premier lieu que le chirurgien soit lettré, non seulement ès principes de la chirurgie, mais aussi de la physique, tant en rhétorique qu'en pratique.

« Et principalement, il faut qu'il entende les choses naturelles, principalement l'anatomie, car sans icelle, il n'y a rien de fait en la chirurgie, comme il apperera ci-dessous.

« Ainsi donc il appert qu'il faut que le chirurgien œuvrant avec art sache les principes de médecine. En second lieu, j'ai dit qu'il faut qu'il soit expert et ait vu opérer d'autres. Troisièmement qu'il soit ingénieux, et de bon jugement, et bonne mémoire. Quatrièmement, j'ai dit qu'il faut qu'il soit bien morigéré. Soit hardi en choses sûres, craintif ès dangers, qu'il fuie les mauvaises cures et pratiques ; soit gracieux aux malades, bienveillant à ses compagnons, sage en ses prédictions. Soit chaste, sobre, pitoyable, et miséricordieux, non convoiteux, ni extorsionnaire d'argent, ains qu'il reçoive modérément salaire, selon le travail, les facultés du malade, la qualité de l'issue et sa dignité. »

Malgré toute son affection et son admiration pour Guy de Chauliac, Nicaise ne peut s'empêcher de ne pas tout accepter parmi ses recommandations, celle-ci, entre autres, où il doit fuir les mauvaises causes ! « Au contraire, le médecin se doit au malade, et s'il ne peut le guérir, il peut le soulager. »

Il faut lire le livre de Nicaise sur Guy de Chauliac.

LA CHIRURGIE A LA RENAISSANCE ET AU XVIIe SIÈCLE.

Des anatomistes, des physiologistes et un chirurgien au très grand renom, ce sont les savants qui ont repris les traditions et préparé le grand renouveau scientifique et chirurgical.

W. Harvey (1578-1657) démontre tout le mécanisme de la circulation.

Vésale, un des plus grands anatomistes, publie, en 1543,

son traité de l'Anatomie humaine, illustré de très belles et nombreuses planches.

Enfin, Ambroise Paré (1516-1590), un des fondateurs de la chirurgie. C'est le premier chirurgien qui ait écrit en français ; il en fut fort critiqué, mais c'est justement grâce à l'emploi de la langue française que son œuvre put être divulguée comme elle l'a été. S'il n'a pas découvert la ligature des artères, il l'a remise en honneur. La vie d'Ambroise Paré est connue de tous, et Malgaigne s'est surtout employé à la diffusion de son œuvre.

J'ai pu avoir entre les mains la neuvième édition d'Ambroise Paré (Lyon, MDCXXXIII). Le titre exact est : *Les œuvres d'Ambroise Paré, Conseiller et premier chirurgien du Roy.* Elles sont dédiées : Au très chrétien Roy de France et de Pologne, Henri troisième.

Il faut lire Ambroise Paré, commenté par Malgaigne et l'on éprouvera alors le vif désir de connaître Malgaigne lui-même.

LA CHIRURGIE AU XVIIIe SIÈCLE
avec l'Académie royale de Chirurgie.

Dans le livre de Lecène, le chapitre consacré à la chirurgie du XVIIIe siècle est parfait.

L'anatomie humaine se perfectionne au XVIIIe par quelques découvertes de détail. Il faut signaler l'étude des vaisseaux lymphatiques, réalisée grâce aux injections mercurielles par l'anatomiste italien Mascagni (Sienne, 1787) ; Soemmering (1778, Göttingen) recherches sur les nerfs craniens ; Douglas (1730, Londres) recherches sur le péritoine ; Vicq d'Azyr (1748-1794) recherches d'anatomie comparée. Le Danois Jacques Bénigne Winslow (1669-1760) enseigne l'anatomie au jardin du Roi. Lieutaud (1703-1780) fonde l'anatomie topographique. « Grâce à l'effort de professeurs d'anatomie du XVIIIe, c'est Paris qui sera la ville d'Europe où l'on pourra le mieux apprendre l'anatomie humaine ; mais, vers la fin du siècle, Edimbourg et Londres deviendront des centres d'instruction anatomique également très prospères avec les Monro et les Hunter. »

En physiologie, Albert de Haller (de Berne, 1708-1777) qui

enseigna à Göttingue ; l'Italien Spallanzani (1729-1779) précurseur de Pasteur.

En 1731, fondation de l'Académie royale de Chirurgie, grâce au chirurgien de Louis XV, Mareschal et à son successeur Lapeyronnie, avec, comme directeur, Jean-Louis Petit.

En Angleterre, John Hunter apparaît comme un des plus grands chirurgiens connus.

PREMIÈRE MOITIÉ DU XIXe SIÈCLE AVEC DUPUYTREN.

A tous ceux qu'intéresse la magnifique personnalité de Dupuytren, je conseille vivement la lecture du beau livre qui a été écrit sur sa vie et son œuvre par le docteur Léon Delhoume (Limoges, 1935), vie et œuvre si pleines d'enseignements pour ceux qui aiment non pas critiquer toujours, mais ressentir la douceur d'admirer.

Délégué par l'Académie des Sciences à la cérémonie du centenaire de la mort de Dupuytren, à l'Hôtel-Dieu de Paris, le dimanche 7 avril 1935, j'ai prononcé un discours que je vais me permettre de reproduire ici intégralement.

« Il y a cent ans — le dix février 1835 — furent célébrées, en l'église Saint-Eustache, les funérailles du plus grand chirurgien de l'époque, celui que l'on appelait déjà le « grand Dupuytren ».

La popularité de Dupuytren était telle que le char mortuaire fut dételé et traîné, tour à tour, par des groupes d'étudiants et d'ouvriers, les deux classes sociales que Dupuytren avait le plus aimées et pour lesquelles il s'était toujours dépensé sans compter.

Sur la tombe de Dupuytren, au Père-Lachaise, prirent la parole Dominique Larrey, au nom de l'Académie des Sciences, Pariset au nom de l'Académie royale de Médecine, Orfila, au nom de la Faculté de Médecine, Bouillaud, au nom de ses amis, Hippolyte Royer-Collard au nom de ses disciples.

L'éloge de Pariset, lu dans la séance du 9 août 1836, est vraiment très beau. On y trouve un portrait de Dupuytren dont je ne puis m'empêcher de transcrire quelques courts fragments : « Homme d'un puissant esprit, dont la gloire sera continuée par ses élèves ; mais homme d'un caractère

complexe ;... sans lâche ménagement pour le rang ou le crédit ou l'autorité ; *tendre toutefois pour ses amis, entrant dans leurs peines et mettant tout son art à les ménager ;...* né pauvre, peut-être prenait-il trop de souci pour ne plus l'être ; et cependant généreux et désintéressé quelquefois outre mesure. Que de contrastes ! »

C'est au nom de la Faculté de Médecine, qu'Orfila prit la parole : « La perte d'une des illustrations chirurgicales de l'Europe retentira péniblement dans le monde entier. » Orfila rappelle les grades obtenus par Dupuytren après des concours brillants et pénibles « dans lesquels il eut à lutter contre des hommes d'un mérite transcendant ». Aussi « les concours n'eurent jamais de plus ardent défenseur que Dupuytren », c'est lui qui les fit rétablir, en 1821, après une suspension de sept ans, et c'est sur sa proposition que l'on tint compte, aux concurrents, de leurs titres antérieurs, en instituant ainsi ce que nous appelons aujourd'hui l'épreuve, du reste si légitime, des « titres et travaux ». Orfila termine son discours en annonçant que Dupuytren a légué à la Faculté une somme importante pour la création d'une chaire d'anatomie pathologique, destinée à son illustre ami Cruveilhier.

Au cours de ces obsèques, c'est naturellement la jeunesse qui exprime le mieux sa reconnaissance et son admiration. Voici quelques phrases de l'allocution de Royer-Collard : « Élèves de l'Hôtel-Dieu, témoins et compagnons de ses travaux, vous qui avez porté de toutes parts les enseignements de votre maître et la gloire éternelle de son école, vous qui lui devez tout ce que vous êtes, son nom vous sera toujours saint et sacré ; vous resterez fidèles à sa mémoire ; vous la défendrez s'il le faut, contre les erreurs et les injustices des passions humaines. Hélas ! sa carrière a été bien rude ! puisse-t-il, du moins, obtenir après sa mort, cette justice bienveillante qu'on lui a trop souvent refusée pendant sa vie. »

Au nom de l'Académie des Sciences, Dominique Larrey s'exprime ainsi : « Lorsqu'un professeur tel que celui dont nous déplorons aujourd'hui la perte a rempli le monde de sa renommée... »

Ainsi Dominique Larrey place au-dessus de tout, pour glorifier Dupuytren, sa qualité de professeur. Après un siècle écoulé, il apparaît bien, en effet, que Dupuytren fut, avant tout, un professeur et un chef d'école, et comme professeur, un homme que personne n'égalera jamais.

Larrey retrace, à grands traits, la carrière de Dupuytren, puis continue ainsi : « C'est à notre départ pour l'expédition de Russie (1812) que M. Dupuytren... fut promu à la chaire de professeur de chirurgie, devenue vacante par la mort de mon illustre maître Sabatier. » Cette chaire fut bientôt convertie en celle de clinique à l'Hôtel-Dieu.

« Admis à l'Académie des Sciences en 1825, il s'y fit bientôt remarquer par ses intéressantes discussions et ses rapports lumineux. »

Et Dominique Larrey conclut :

« Les travaux de ce grand chirurgien resteront gravés dans les fastes de la science. »

A l'Académie des Sciences, c'est au fauteuil de Percy, devenu vacant, le 18 février 1825, que Dupuytren fut élu, le 4 avril. L'Académie des Sciences, dit-on, aurait eu l'intention de ne pas nommer un représentant de la chirurgie. En effet, Geoffroy Saint-Hilaire proposa à la Compagnie d'écarter les candidatures des chirurgiens « suspects d'oublier trop facilement la science pour la pratique ». C'était la seconde fois que cette proposition voyait le jour, car elle avait déjà été formulée au moment de l'élection de Boyer. Cependant, cette fois encore, on passa outre, un chirurgien fut nommé, et ce chirurgien fut Dupuytren. C'est Pelletan, le prédécesseur de Dupuytren à l'Hôtel-Dieu, — que n'a-t-on pas écrit sur les rapports de Pelletan et de Dupuytren ! — c'est Pelletan qui fut rapporteur de la section de médecine, et vous ne serez sans doute pas surpris quand je vous aurai dit que Dupuytren fut peu favorisé, dans le classement, par la section : Larrey en premier, Richerand et Roux sur la même ligne, et enfin Dupuytren, Jules Cloquet, Alibert, Serres et Desgenettes furent, dans cet ordre, ainsi présentés. Dupuytren fut élu au premier tour, à une très grande majorité (41 voix) contre cinq voix à Roux, trois voix à Larrey, Alibert, Richerand et Jules Cloquet obtenant chacun une voix. Dupuytren avait alors 47 ans. C'était la dernière fois, vraisemblablement, et la plus rude, où il avait à solliciter les suffrages.

Or, ce ne fut pas la dernière fois : Dupuytren, en effet, brigua encore, quelques années après, un autre suffrage, mais cette fois, ce fut le suffrage populaire, et celui qui, dans toutes ses compétitions contre les hommes de la plus grande valeur, avait toujours triomphé, connut, ce jour-là, la défaite, et pour rendre celle-ci encore plus amère, ce fut dans sa pro-

vince natale, dans cette partie de notre belle France qui a vu naître, outre Dupuytren, des célébrités comme Boyer, Gay-Lussac et notre éminent confrère, le professeur d'Arsonval.

La seconde fois que l'Académie des Sciences se fit représenter à une cérémonie pour glorifier Dupuytren, ce fut le 17 octobre 1869, lors de l'inauguration de sa statue à Pierre-Buffière. Hippolyte Larrey, le fils de Dominique Larrey, prit la parole, avec une chaleur, une émotion qui manquaient vraiment trop, — on peut bien le reconnaître après cent ans écoulés, — au discours de Dominique Larrey.

Après un préambule où Hippolyte Larrey réclame l'indulgence, après avoir rappelé les noms de bien des élèves disparus de Dupuytren « qui ne sont plus là aujourd'hui pour saluer son image de leur présence, de leur admiration et de leur gratitude » ; après avoir salué « le digne compatriote, le savant disciple et le fidèle ami de M. Dupuytren, M. Cruveilhier qui « a voulu, malgré l'âge et la fatigue, présider au couronnement de cette statue, au milieu de nos sympathies et de nos respects », Hippolyte Larrey retrace à grands traits la vie de Dupuytren et s'excuse de refaire « un éloge déjà tant de fois si bien fait ».

Aujourd'hui, c'est à moi qu'échoit le périlleux honneur de parler, au nom de l'Académie des Sciences, à cette célébration du centenaire de la mort de Dupuytren. Je ne suis pas sans éprouver une réelle émotion, quand je songe que cet hôpital fut le théâtre du labeur surhumain fourni chaque jour par Dupuytren, à la tête de la clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu, pendant 23 ans, de 1812 à 1835.

Je n'ai pas à imiter mon illustre prédécesseur Hippolyte Larrey et à m'excuser de refaire à mon tour cet éloge et à retracer la vie chirurgicale admirable de Dupuytren, alors que tout a été si bien dit par ceux que j'ai déjà cités, et aussi par Malgaigne, par Vidal (de Cassis) et par tant d'autres.

Sur Dupuytren, en effet, tout a été dit et redit, en bien et en mal, et aujourd'hui même, dans les différents discours qui seront prononcés, il y aura forcément des répétitions ; mais qu'importe après tout, pour un homme comme Dupuytren, dont on ne saura jamais trop proclamer la gloire.

Un grand opérateur comme Dupuytren, un professeur hors pair comme lui, laisse, surtout après sa disparition, comme preuve de sa valeur, la profonde empreinte dont il a marqué

ses élèves immédiats. Quant au bagage scientifique d'un grand chirurgien, les critiqueurs obstinés le trouveront toujours trop faible par rapport à la renommée de son auteur. L'œuvre de Dupuytren est cependant considérable. C'est lui qui réséqua le premier, en 1812, le maxillaire inférieur ; on lui doit la ténotomie sous-cutanée du sterno-mastoïdien dans le torticolis ; on lui doit certaines ligatures artérielles importantes ; on lui doit un instrument ingénieux, l'entérotome. La découverte de l'entérotome n'est pas seulement l'apport d'un instrument nouveau, c'est le début de toute une méthode qui, en chirurgie gastro-intestinale, a fait faire d'immenses progrès, la méthode dite de l'écrasement.

On doit à Dupuytren une quantité considérable de travaux publiés par lui ou par ses élèves, travaux devenus classiques, et dont on trouve la liste complète dans l'éloge d'Hippolyte Larrey.

Mais ce qui a fait, par-dessus tout, la grandeur de Dupuytren, c'est son enseignement anatomo-clinique, et c'est parce que notre pays a possédé des hommes comme Laënnec, comme Bichat, comme Dupuytren, que l'enseignement clinique français a conquis le monde. Voilà le plus grand titre de gloire de Dupuytren !

Ce que les contemporains ne pouvaient pas faire avec équité, nous pouvons le tenter aujourd'hui, avec le recul d'un siècle, et juger avec impartialité l'œuvre et l'homme.

Un très grand mérite de Dupuytren, c'est d'avoir compris, dans le cours de ses études médicales, qu'un chirurgien ne doit pas seulement connaître à fond l'anatomie du corps humain et avoir pratiqué, avec une méthode impeccable, la médecine opératoire. Dupuytren voulut aussi acquérir — et il y réussit pleinement — de solides notions d'anatomie comparée, et il travailla avec Cuvier, — des connaissances en chimie, et il les acquit auprès de Thénard, — des connaissances en physiologie, et il fit de l'expérimentation, publia par exemple, en 1807, à l'Académie des Sciences, un mémoire sur l' « espèce et le degré d'influence que les nerfs du poumon exercent sur la respiration », travail dont l'impression fut ordonnée par l'Académie, après un rapport de Hallé.

Avec de telles connaissances, Dupuytren était armé comme aucun de ses prédécesseurs ne l'avait été, et mieux que la plupart de ses successeurs ne le furent. C'est dans la manière dont Dupuytren a coordonné ses études médicales, depuis

leur début jusqu'à l'âge de 30 ans, que l'on trouve la meilleure preuve de sa magnifique intelligence.

Beaucoup de générations chirurgicales de notre pays ont consacré trop de temps aux études anatomiques. Il faut à tout chirurgien une très solide base anatomique qui demande un travail de plusieurs années, c'est entendu, mais il lui faut autre chose ; il lui faut de grandes connaissances anatomo-pathologiques, et aussi, comme nous dirions aujourd'hui, de solides notions biologiques. Dupuytren avait tout cela, autant qu'on pouvait l'avoir au début de l'autre siècle, et c'est en se plaçant à ce point de vue qu'il a été unique. C'est lui qui a contribué à créer l'esprit anatomo-clinique.

L'acquisition de ces vastes connaissances n'empêcha pas Dupuytren de fréquenter, autant que quiconque, les amphithéâtres de médecine opératoire. N'est-ce pas un de ses meilleurs biographes qui raconte ainsi le concours pour la chaire de médecine opératoire : « C'était en 1812, le concours s'ouvre ; des talents de premier ordre se présentent : Roux, Marjolin, Tartra, tels sont les redoutables athlètes à qui Dupuytren va disputer la victoire. Quoi que la malignité veuille insinuer contre les concours, il suffirait de celui-là pour trancher toute objection, tant il fut sévère, brillant, solennel ! Pendant près de quarante jours, les concurrents furent tenus en haleine, et eurent à traiter, en face d'un public et d'un jury plein de lumières, les plus hautes questions de la chirurgie. Ils firent des réponses écrites, l'une en français, l'autre en latin ; des leçons orales et des thèses, où ils argumentèrent l'un contre l'autre ; et finalement des opérations sur le cadavre. Il y en eut trois, particulièrement l'amputation d'un bras dans l'articulation supérieure. Dupuytren mit tant de prestesse à la faire, que les yeux cherchaient encore le bras dans son lieu naturel, ce bras était aux pieds de l'opérateur. » Ce passage pleine de saveur est de Pariset.

« Il était inséparable dans ce travail (de préparation aux concours) avec notre honoré collègue le docteur Alard, avec qui il partageait tout : tout, c'est-à-dire une petite chambre, trois chaises, une table, du pain, de l'eau ; et à côté de quelques volumes d'écrivains classiques, que les deux amis relisaient avec délices, une sorte de lit sur lequel ils oubliaient un instant les fatigues du jour. »

Je disais qu'on avait tout reproché à Dupuytren. Ne lui a-t-on pas, tout récemment encore, par la plume d'un col-

lègue distingué, et habituellement bienveillant, reproché de ne pas s'être laissé opérer d'un épanchement pleural ! L'auteur oublie que Dupuytren, qui se savait condamné — les foyers cérébraux constatés à l'autopsie le prouvent, — préférait, sans doute, ne plus lutter et quitter cette vie où son rôle à lui, homme d'action, était terminé.

Si Dupuytren n'a pas écrit ses mémoires, s'il n'a pas cherché à défendre son œuvre et ses actes, — lui, je le répète, homme d'action avant tout, — il a laissé ce soin à ses élèves directs et à nous tous, ses obligés. Et cela est peut-être mieux ainsi. Sa gloire en éclate plus pure à la lumière des faits eux-mêmes.

Il n'a rien manqué à Dupuytren. Il eut tout ; l'intelligence, le savoir, le talent, le caractère. Il ne lui a même pas manqué l'envie et la jalousie de quelques-uns de ses contemporains, et l'injustice de quelques hommes de la postérité.

Ne lui a-t-on pas reproché de manquer de culture classique ? Or, et c'est à Hippolyte Larrey que j'emprunte ces quelques lignes : « Dupuytren a rédigé, à propos de la mort du duc de Berry, une brochure ayant pour titre : Déposition faite, ce 25 mars 1820, à la Chambre des pairs, sur les événements de la nuit du 13 au 14 février. » « Ce rapport, continue Hippolyte Larrey, est, paraît-il, un modèle de convenance, de goût et de style ; il valut même à son auteur un bel éloge de la part du célèbre Fontanes qui s'y connaissait. « Il vous a fallu, lui disait-il, toute votre vie pour devenir le premier de votre art, et voilà qu'un grand crime aura fait de vous un grand écrivain. »

Est-ce trop demander que d'espérer qu'après la belle cérémonie de ce jour, il ne soit plus question de ces critiques, regrettables surtout pour ceux qui les rééditent ? Un siècle s'est écoulé depuis la mort de Dupuytren, et sa gloire n'a fait que grandir.

Et maintenant, représentez-vous, par la pensée, cet homme de grande intelligence, pourvu d'une telle instruction anatomo-clinique, riche de dons inouïs, ayant l'art du diagnostic, possédant un caractère d'une trempe exceptionnelle, ayant un grand talent d'opérateur, avec le haut sentiment de ses devoirs envers les humbles, et placé encore tout jeune à la tête du plus grand service de chirurgie de l'époque. Que ne fera-t-il pas ! Quelle auréole de gloire ne projettera-t-il pas sur la clinique de son pays ? Mais — car il y a un mais, —

tout cela se passait malheureusement à la période la plus épouvantablement désastreuse de la chirurgie aussi bien pour les opérateurs — qui finissaient par perdre la foi — que pour les opérés qui succombaient en proportion effrayante. Imaginez, au contraire, Dupuytren à la tête du service de l'Hôtel-Dieu aux environs de 1890, et concluez !

Dupuytren, en effet, a eu le grand malheur de naître cinquante ans trop tôt, et d'exercer son art à une époque de véritable régression chirurgicale, alors que les pansements avec le vin aromatique, la poudre de quinquina, les essences, qui constituaient une sorte d'antisepsie avant la lettre, avaient disparu, pour être remplacés par les pommades, le cataplasme et la saignée !

L'anesthésie ne fit que rendre la chirurgie de ce temps-là plus meurtrière encore, parce que plus audacieuse, et la période chirurgicale qui s'étend de 1840 à 1870 fut encore plus terrible que celle de 1800 à 1840.

Il fallait Pasteur, il fallait l'asepsie, il fallait Terrier, ce grand chirurgien, pour que la chirurgie pût être mise en œuvre avec sécurité. Mais ce que Dupuytren, avec sa grande conscience, avait parfaitement compris, c'est qu'on devait, à son époque, réserver l'acte opératoire aux cas où la vie est immédiatement menacée. Avec les années, Dupuytren opère, en effet, de moins en moins, car il avait le respect de la vie humaine. Que vouliez-vous que Dupuytren fît de vraiment grand, en chirurgie opératoire, sans anesthésie et surtout sans asepsie !

Quel merveilleux spectacle procurerait aujourd'hui, si le cinéma eût été inventé un siècle plus tôt, un film reproduisant une matinée de travail de Dupuytren ! Quelle admirable leçon pour tous, et dans tous les domaines, aussi bien dans le domaine de la chirurgie que dans le domaine moral !

Je termine.

Dupuytren fut le plus grand chirurgien de son temps. C'est là une vérité admise par tous. Comme homme, il dominait. Il avait le sang-froid et le courage, et ne craignait aucune responsabilité. On réclame, dans tous les milieux, des hommes d'autorité et, quand il en surgit un, tous s'unissent contre lui !

Il avait le courage civique ; il le montra aux jours sombres de 1814, lorsque, à la tête de ses élèves, il se porta jusqu'aux lignes ennemies.

Il avait la bonté et la pitié pour les déshérités et, chaque matin, il en donnait la preuve, à sa consultation de l'Hôtel-Dieu, par l'accueil qu'il réservait aux plus pauvres, surtout aux enfants et aux aveugles. N'est-ce pas lui qui fit enlever la camisole de force aux malheureux atteints de la rage ?

Il avait le culte de l'amitié, au moins pour les amis fidèles et sincères, dont Cruveilhier.

Il avait la reconnaissance, comme le prouve sa donation à Charles X. Quelle grandeur dans sa lettre d'envoi ! « Sire, grâce en partie à vos bienfaits, je possède trois millions : je vous en offre un ; je destine le second à ma fille, et je réserve le troisième pour mes vieux jours ! »

Il avait la générosité, témoin sa donation pour une chaire d'anatomie pathologique en faveur de son ami Cruveilhier.

Il fallait Balzac pour comprendre Dupuytren ; relisez *la Messe de l'Athée*, ce chef-d'œuvre !

Gustave Flaubert aurait dit de Dupuytren que c'était un « Grand Monsieur ».

Disons que ce fut un grand chirurgien et un grand homme, et qu'il a droit à l'immortalité. »

Ayant reproduit tout mon discours de 1935, je reviens à cette première moitié du XIXe siècle où il faut citer en Angleterre, Astley Cooper, Syme ; en Allemagne, Bernard Langenbeck (1810-1887), Esmarch ; en France, Roux, Lisfranc ; en Amérique, Emmet, Battey, Marion Sims.

Il faut aussi citer, en Allemagne encore, Sommelweiss (1818-1865) qui fut un précurseur dans la théorie microbienne des infections.

DEUXIÈME MOITIÉ DU XIXe SIÈCLE (1847 à 1886)

avec l'anesthésie générale et l'antisepsie.

Parmi les chirurgiens de la deuxième moitié du XIXe siècle, trois noms sont à noter : Maisonneuve, qui fut un grand opérateur, Chassaignac qui fut un grand chirurgien et Malgaigne qui fut un grand érudit. Il faudrait ajouter les noms de Velpeau et de Nélaton, et encore quelques autres, car les person-

nalités de haute valeur ne manquèrent pas en France à cette époque : Ollier, Bonnet, à Lyon.

Malgaigne (1806-1865). — Mon ami Charles Lenormant a prononcé, à l'Académie de Chirurgie, en 1929 (Bull. et Mém. p. 55), un très bel éloge de Malgaigne, une des personnalités les plus attachantes de la chirurgie de notre pays. Malgaigne était lorrain. Après avoir fait ses études médicales à Nancy et obtenu le brevet d'officier de santé, il vint à Paris, pour les recommencer. « Toute la chirurgie y est dominée par la grande figure de Dupuytren. Il est à l'époque de sa gloire ; il règne despotiquement à l'Hôtel-Dieu sur le plus vaste service que jamais chirurgien ait eu à sa disposition ; il s'est débarrassé de tous ses rivaux, il a rendu la place intenable à ses chirurgiens en second ; il ne tolère autour de lui que des admirateurs et des élèves. Mais l'éclat de son génie, sa notoriété mondiale font accepter cette suprématie. Autour de lui, les chaires de la Faculté sont occupées par des hommes arrivés à la fin de leur carrière ; à la Charité, Boyer qui a soixante-dix ans, ressasse les vieilles histoires du siècle précédent et entrave sourdement les initiatives de Roux, son gendre et son chirurgien en second. Le vieil Antoine Dubois se prépare à la retraite. A Saint-Louis, Richerand qui a toujours été plus idéologue qu'opérateur, se morfond de jalousie devant les succès de Dupuytren et se console en le criblant d'épigrammes. Marjolin à Beaujon ne fait guère parler de lui et se consacre à un enseignement sans éclat et à la clientèle. Tout disparaît dans l'ombre du maître de l'Hôtel-Dieu.

« Dans la chirurgie militaire, les grands noms de l'époque napoléonienne s'obscurcissent. Percy vient de mourir et Larrey, disgrâcié par la Restauration, est relégué à l'hôpital du Gros-Caillou, sans enseignement officiel. Le Val-de-Grâce retentit des fureurs de Broussais ; auprès de lui, comme chirurgien en chef et professeur de chirurgie, un homme de second plan, Gama, qui va devenir le maître de Malgaigne. »

Le tableau de Ch. Lenormant est si bien brossé qu'il valait d'être reproduit en entier. La dernière phrase sur Gama, le maître de Malgaigne, est à retenir, car elle explique, en partie tout au moins, pourquoi Malgaigne, cette si haute intelligence, ne fut qu'un médiocre opérateur. J'ai souvent pensé que si certains chirurgiens français qui avaient soixante ans quand j'en avais 30, et qui avaient tant de dons naturels, étaient

passés à l'école de Terrier, la chirurgie française de 1900 à 1910 aurait été inégalable. Vous imaginez les Segond, les Tuffier, les Ricard, les Souligoux, les Doyen, ayant subi la dure discipline de Terrier !

A côté d'idées très particulières, Malgaigne a soutenu que le liquide céphalo-rachidien, que Magendie venait de découvrir, ne se trouve que chez les cachectiques ! Dans sa thèse (*Paradoxes de médecine théorique et pratique*, Paris 1831), il plaide en faveur de l'histoire de la médecine à laquelle il s'intéressera toute sa vie, et réclame une chaire d'histoire de la médecine.

En 1830, Malgaigne rassemble une ambulance et va offrir ses secours à la Pologne. Les résultats n'étaient pas brillants, puisque Malgaigne perdit tous ses amputés. « Il en fut d'autant plus frappé que les chirurgiens du premier Empire, les Percy, les Larrey, les Dubois, les Dupuytren avaient publié des succès et posé en principe que les trois quarts des amputés devaient guérir. »

Malgaigne était célèbre par son esprit critique et la verdeur de ses apostrophes. C'est dans un concours d'agrégation, en 1832, qu'il dit à l'un des concurrents la phrase demeurée célèbre : « Il y a, Monsieur, dans votre travail, des choses qui sont nouvelles et des choses qui sont bonnes ; malheureusement celles qui sont nouvelles ne sont pas bonnes, et celles qui sont bonnes ne sont pas nouvelles. »

Il se livra avec toute sa sagacité à des études statistiques sur les résultats des grandes opérations dans les hôpitaux de Paris. « Il compulse les registres de tous les hôpitaux pour la période 1836-1841, et relève toutes les opérations de hernies étranglées et toutes les amputations pratiquées. Vous ne vous attendez pas à trouver dans ces statistiques des chiffres bien encourageants. Hélas ! ils sont plus effroyables encore que l'on ne peut imaginer : de 15 trépanés, pas un n'a survécu ; la kélotomie ne sauve pas beaucoup plus d'un tiers des opérés (87 sur 200), la taille n'en guérit que 3 sur 5 ; on perd 6 amputés de cuisse sur 10, plus de la moitié des amputés de jambe, presque la moitié des amputés du bras, et il n'est pas jusqu'aux amputations de doigts et d'orteils qui n'accusent près de 10 % de mortalité ! Le doute qui poursuivait Malgaigne depuis son expédition en Pologne fut enfin calmé : il n'était pas le seul à voir mourir ses amputés ! » C'est Malgaigne qui a ainsi créé la statistique chirurgicale.

« Enfin l'histoire de la chirurgie va tenir une grande place dans les travaux de Malgaigne. Sa curiosité, son érudition universelles, sa connaissance approfondie des langues anciennes, son goût pour les grandes vues d'ensemble devaient fatalement l'y conduire... Il trouve le temps d'écrire des articles sur l'anatomie et la chirurgie d'Homère, sur la médecine grecque avant Hippocrate, sur la chirurgie dans la Bible, sur la médecine égyptienne. » Et surtout son édition d'Ambroise Paré, parue en 1840.

Je me rappelle, dans ma jeunesse, avoir vu le fabricant Collin fréquenter assidûment les services de chirurgie pour y voir employer les instruments construits par lui, écouter avec soin les critiques des chirurgiens et en tenir le plus grand compte.

Dans son éloge sur Malgaigne, Charles Lenormant rappelle une habitude semblable qu'avait Charrière, le prédécesseur de Collin ; sans doute est-ce lui qui l'avait transmise à son gendre. Dans sa chaire de médecine opératoire « la description des instruments et des appareils ne tenait pas moins de place, et Malgaigne trouvait là une occasion de montrer son extraordinaire connaissance des époques anciennes de la chirurgie. Il était aidé dans cette tâche par le père Charrière qui assistait à toutes ses leçons, et pour la circonstance, à côté des instruments modernes, tirait de son grenier les outils les plus hétéroclites, et Malgaigne, se tournant vers lui, au cours de la leçon, l'interpellait suivant les occasions, d'un cordial « Monsieur le coutelier », ou d'un non moins sympathique « Monsieur le bandagiste », et le bon Charrière de se rengorger et de rougir de plaisir.

« Malgaigne avait été nommé professeur en 1849 après concours ; il était très populaire parmi les étudiants qui l'acclamèrent et le lendemain le nouvel élu put faire peindre sur les panneaux de sa voiture, au lieu et place de blason, la toque professorale qu'il avait si longtemps convoitée. »

Maisonneuve. — Pendant les quatre années où il fut Secrétaire général de l'Académie de Chirurgie, Paul Reclus prononça les éloges d'Hippolyte Larrey, de René Marjolin, de Verneuil, de Maisonneuve. Tous sont à lire, le plus beau est celui de Maisonneuve, l'inventeur de l'uréthrotome.

Maisonneuve (1809-1897) eut deux maîtres, Dupuytren et Récamier. J'avoue goûter fort peu la phrase de Reclus rela-

tive aux rapports de Dupuytren et de Maisonneuve : « Dupuytren avait bien accueilli le jeune externe, dans l'attitude et dans les yeux duquel il lisait une évidente admiration : les grands arbres laissent croître à leurs pieds les herbes et la mousse ; plus tard la jalousie eût pu naître et la mort précoce de Dupuytren prévint peut-être l'animosité entre ces deux esprits trop personnels. » On ne peut trouver procès tendancieux plus caractérisé, mais passons...

« L'empreinte de Récamier fut profonde sur Maisonneuve : l'élève lui dut la foi, si rare à cette époque, dans l'efficacité de la thérapeutique et la puissance de la chirurgie. Récamier fut aussi grand chirurgien que médecin, il créa la gynécologie par l'invention du spéculum. » C'est une erreur, car on trouve représenté dans les livres des anciens — et Celse le mentionne — un spéculum très ingénieux, mais l'erreur de Reclus est partagée par presque tous. Dans un livre intéressant écrit sur la vie et l'œuvre de Récamier par mon collègue et ami, le docteur Sauvé, on retrouve également cette erreur.

« En 1842, Maisonneuve avait été nommé chirurgien du Bureau Central. C'était un anatomiste consommé et un opérateur hors ligne... Comme son collègue Denonvilliers, il avait profité des cadavres que le choléra accumulait dans les amphithéâtres pour s'exercer sans fin aux ligatures et aux amputations... Maisonneuve multipliait les découvertes et nous arrivons à la plus merveilleuse : l'uréthrotome. Un demi-siècle a passé depuis cette invention : enthousiasme et malveillance ont également disparu ; c'est donc froidement, sans parti pris, comme sans exagération, que nous prononçons ici le mot de génie. Les littérateurs et les peintres le prodiguent à Ambroise Paré pour avoir étreint d'un fil, sur une plaie opératoire, des artères que, depuis onze siècles, on liait dans les plaies accidentelles ; le problème posé devant Maisonneuve était autrement ardu ; porter le fer à l'aveugle au fond d'un canal mobile, long, irrégulier, étroit ; couper les tissus malades, à foyer unique ou multiple, et ne couper qu'eux seuls, sans blesser la trame saine, tels en étaient les termes redoutables. L'uréthrotome de Maisonneuve est simple, élégant, rapide, innocent même dans des mains inhabiles ; c'est la perfection, c'est l'idéal, et pour le construire, il fallait accumuler les inventions, imaginer la bougie filiforme que l'on repousse dans la vessie, le conducteur, le pas de vis qui les

unit, la lame triangulaire émoussée à son sommet et coupant à l'aller comme au retour, la sonde à demeure ouverte à ses deux bouts : tout autant d'idées lumineuses. Pour Buffon, le génie n'est qu'une longue patience ; l'uréthrotome exigea dix ans de recherches, et pendant cette décade, Maisonneuve « y pensa toujours ».

« En 1863, lorsque l'Académie de Médecine dut attribuer le prix d'Argenteuil, de la valeur de 20.000 francs « à celui qui aurait trouvé le meilleur traitement du rétrécissement de l'urèthre », l'uréthrotome était parfait, tel qu'il est aujourd'hui, Maisonneuve se mit sur les rangs... L'Académie commit là un déni de justice, elle ne lui décerna pas le prix... L'uréthrotome est aujourd'hui dans toutes les mains, et son fabricant, M. Collin évalue à près de cent mille (c'était en 1900) ceux qui, de Paris, ont été exportés dans toutes les parties du monde. »

« On le nommait communément le Paracelse de la chirurgie ; je voudrais récuser pour lui cet hommage douteux. Je sais bien que l'un et l'autre eurent beaucoup d'envieux, et si Paracelse fut appelé charlatan, imposteur, menteurissime, athée, suppôt du diable, ivrogne, bandit et castrat, Maisonneuve fut assez couramment traité d'assassin... Mais comme Paracelse, Maisonneuve eut peu d'élèves (et nous ne lui connaissons guère que Reliquet et Saint-Germain) du moins, aucun des deux n'est mort de la main du bourreau, comme moururent les vingt et un disciples de Paracelse. Ce que ces deux hommes ont eu vraiment de commun, c'est un large orgueil, leur ardeur révolutionnaire, le mépris des sentiers battus, l'horreur du joug, et les magnifiques découvertes dont ils ont enrichi la science. »

Reclus continue, montre Maisonneuve opérant et s'élève contre les esprits qui veulent voir en Maisonneuve « l'audacieux prédécesseur de ceux qu'aucune intervention n'arrête, et qui ne craignent pas que les prouesses de l'opérateur aient pour rançon la vie de l'opéré... Certains rhéteurs défendent cette doctrine avec un tranquille cynisme, et l'année dernière, une grande revue a publié une « psychologie du chirurgien » dont voici quelques citations textuelles : le vrai chirurgien « aime à verser le sang », « il ne saurait être sobre d'interventions » ; « c'est un merveilleux outil à travailler sur le vif » ; « une sorte de bel animal carnassier ». Mais comme « grisé par l'amour de son art, il perd facilement un

peu conscience de sa personnalité », l'auteur nous concède que « ce fauve... en liberté parmi les humains, constitue un danger social ; aussi ne lui sera-t-il permis « de se mettre à l'ouvrage qu'après que les médecins les plus réfléchis auront décidé que l'opération est utile... »

L'éloge de Maisonneuve par Reclus, que j'eus la joie d'entendre en 1900, est peut-être le plus beau qui ait jamais été prononcé dans l'enceinte de l'Académie de Chirurgie. Ceux d'Hippolyte Larrey, de René Marjolin, de Verneuil, sont également dignes d'être lus.

Chassaignac. — Une des grandes figures du milieu du XIXe siècle fut Chassaignac. Edouard-Pierre-Marie Chassaignac, naquit à Nantes le 24 décembre 1804 et mourut en 1879. Son éloge, intéressant à lire, a été prononcé en 1882 par Horteloup, à la Société de Chirurgie dont il avait été membre fondateur. Son nom est passé à la postérité et demeurera, parce qu'il a été l'inventeur de l'*écrasement linéaire* et surtout le créateur du *drainage chirurgical*. Il avait laissé dans l'esprit de ses élèves une forte empreinte et que de fois j'ai entendu mon maître Terrier parler de Chassaignac dont il avait été l'interne et qu'il admirait beaucoup pour son invention du drainage chirurgical et pour la précision de son esprit. L'écraseur linéaire était un curieux appareil : il consistait en une chaîne à maillons que l'on plaçait autour du pédicule de la tumeur et grâce à une double crémaillère, on pouvait progressivement diminuer la longueur de cette sorte de scie, jusqu'à la section complète du pédicule. La scie coupe et broie, sans provoquer aucune hémorragie, sans ouvrir les vaisseaux et par conséquent sans exposer aux terribles dangers de l'infection purulente. Les séances opératoires étaient un peu particulières : Chassaignac réunissait plusieurs malades ayant la même affection, des polypes naso-pharyngiens par exemple, chaque malade assis ayant auprès de lui un externe de service, et au commandement, celui-ci donnait, toutes les demi-minutes d'abord, puis toutes les minutes, un mouvement de levier qui se produisait avec un bruit spécial. Chassaignac surveillait la manœuvre. Une année, Chassaignac avait comme interne Saint-Germain, le chirurgien des enfants malades, très amateur de plaisanteries et l'histoire raconte que Saint-Germain, placé derrière un paravent, imitait le « cri » de l'écraseur à une cadence intempestive, ce qui fai-

sait régulièrement dire à Chassaignac : « Voici un écraseur qui ne marche pas, qu'on le fasse réparer. » Les techniques modernes ont naturellement fait abandonner l'écraseur. Mais le drainage chirurgical rendra le nom de Chassaignac immortel, au moins pour les gens instruits, car demandez à des élèves le nom du chirurgien qui a inventé le drainage, il y a beaucoup de chances que pas un seul ne puisse répondre.

L'idée de drainer les plaies était venue à d'autres chirurgiens. Guy de Chauliac disait qu'il fallait mettre des tentes et des mèches « aux playes que nous voulons élargir, nettoyer ou en retirer quelque chose du fond, comme sont playes profondes qui ont besoin de contre-ouvertures, à cause de la liqueur ou liquide excrément qui s'amasse au fond et en ces espaces », ou encore « une canule d'étain ou d'argent pertuisée afin que l'ordure en sorte d'elle-même et ne soit enclose ».

Le *Traité pratique de la suppuration et du drainage*, paru en 1859 et que mon maître Terrier me donna pour m'obliger à le lire, est très intéressant. On y suit pas à pas l'évolution d'une découverte et d'une des découvertes les plus bienfaisantes de la chirurgie. Plus ou moins modifié, le drainage est à la base de toute la chirurgie septique.

Chassaignac est un des rares chirurgiens qui n'ont pas été internes des hôpitaux de Paris, fonction qu'il admirait tant, « ce corps d'élite auquel se rattachent tant d'espérances et de sympathies, dans lequel on trouve d'utiles et honorables collaborateurs qui concilient toujours le dévouement avec l'indépendance ». Chassaignac put cependant être aide d'anatomie, prosecteur, puis agrégé et chirurgien des hôpitaux, et ses recherches sur le *phlegmon diffus* méritent d'être lues dans le texte même. On trouvera dans l'éloge de Horteloup la description de la visite dans le service de Chassaignac — je l'ai entendu relater par Félix Terrier — tous les élèves munis de tubes de drainage, et « un infirmier portant sur un plateau, à côté d'une solution de nitrate d'argent, une pelote de pinceaux faite avec de la ouate. Toute surface de plaie, tout foyer purulent étaient touchés avec cette solution ; pour M. Chassaignac, c'était un préservatif, un modificateur de plaies, un antiputride ». Cet attouchement au nitrate d'argent n'est-il pas le précurseur de l'attouchement à la teinture d'iode que nous pratiquons à peu près tous aujourd'hui ?

***

Les chirurgiens ont toujours cherché à supprimer la douleur, et, avant la découverte de l'anesthésie générale, ils employaient, depuis Dioscoride, chirurgien de l'armée de Néron, le vin de mandragore et aussi la fameuse « éponge soporifique » qui contenait de l'opium et de la jusquiame.

Ce fut un dentiste américain, Morton, qui, en 1844, se servit de l'éther pour des opérations dentaires, et qui indiqua le procédé au chirurgien américain Collins Warren (de Boston) et administra l'anesthésie au premier opéré de ce chirurgien. Le procédé fut alors adopté en Angleterre par Liston, en Russie par Pirogoff, à Paris par Jobert de Lamballe.

Grâce à l'anesthésie générale, les opérations se multiplièrent, (et parallèlement la mortalité par infection augmenta), jusqu'au jour où le grand chirurgien anglais Lister (1827-1912), se basant sur les recherches de Pasteur, édifia toute une méthode, la méthode antiseptique, avec pour but la destruction de tous les microbes dans les plaies, et pour agent, l'emploi de l'eau phéniquée au vingtième. Les mémoires de Lister datent de 1867, 1868, 1869.

La méthode de Lister fut adoptée en France par Lucas-Championnière qui fit le voyage de Glasgow pour aller voir Lister, en 1869.

En Allemagne, Bergmann, à Vienne, Billroth, avec sa belle phalange d'élèves, Mikulicz (à Breslau), connu pour son drainage particulier, Czerny (que j'ai vu souvent dans sa clinique de Heidelberg) adoptèrent l'eau phéniquée.

La méthode antiseptique fut un immense progrès.

Mais il y avait mieux et ce fut l'asepsie.

DE 1886 A 1910,
LA MÉTHODE ASEPTIQUE AVEC TERRIER.

Un grand chirurgien français, Félix Terrier, celui dont j'ai eu l'honneur d'être l'assistant pendant dix ans, ne se montrait pas complètement satisfait par la méthode de Lister. En 1882, il alla travailler au laboratoire de Pasteur. A cette

époque, où l'Institut Pasteur n'existait pas, le laboratoire se trouvait rue d'Ulm, à l'École Normale. Il s'y fit initier par Emile Roux, auquel Pasteur l'avait confié, à toutes les manipulations que font les bactériologistes pour ne pas souiller leurs cultures. Il comprit que la vérité était non pas dans la destruction des germes apportés dans les plaies par les instruments et les mains, mais dans l'emploi, pour travailler dans les plaies, d'instruments, d'objets non souillés, c'est-à-dire stérilisés au préalable (et par conséquent dépourvus de tout germe), soit par la vapeur sous pression, soit par la chaleur sèche. Il sortit du laboratoire de Pasteur en prononçant cette phrase mémorable, « qu'il fallait faire pénétrer l'esprit bactériologique dans les salles d'opération ». C'est à cette besogne qu'il s'attela, et il put, en 1889, faire installer, dans son service de chirurgie de l'hôpital Bichat, le premier autoclave pour chirurgie. Terrier est donc, grâce à Pasteur et quoi qu'on ait pu dire (voir la vie de Terrier, librairie Masson), le père de la méthode aseptique en chirurgie.

D'autres ont travaillé, en France, à mettre au point la méthode aseptique, comme Terrillon, comme Quénu, et d'autres aussi, dans tous les pays, mais le nom de Terrier doit être à l'honneur.

Je professais pour le docteur Roux une véritable vénération, en même temps que j'éprouvais envers lui une profonde reconnaissance. Il m'a été donné de pouvoir lui procurer une des joies les plus pures de sa vie. Au Congrès de chirurgie de 1928, que je présidais, j'avais prié le docteur Roux de bien vouloir accepter la présidence d'honneur et, dans mon discours d'ouverture, j'avais tenu à le remercier et à rappeler tous les progrès que la chirurgie et les chirurgiens devaient à Pasteur et à lui-même, à lui qui avait initié Félix Terrier. A ce moment, tous les congressistes, en proie à une émotion spontanée, se levèrent (ils étaient plusieurs centaines) et firent à Emile Roux une ovation indescriptible. Il en fut profondément touché et voulut bien me dire qu'il venait de vivre les moments les plus émouvants de sa longue carrière de savant. C'est un spectacle que ne pourront jamais oublier ceux qui l'ont contemplé ! Admirable docteur Roux !

LA CHIRURGIE DE 1900 A 1940.

A partir de 1889, année où l'asepsie fut définitivement réalisée de façon mathématique, grâce à l'emploi de la vapeur sous pression pour stériliser le matériel chirurgical, on peut dire que tout fut permis à l'esprit d'invention des chirurgiens.

Grâce à la nouvelle méthode, il devenait possible de rendre bénignes des opérations qui n'avaient jamais cessé d'être pratiquées, comme les amputations par exemple, mais qui, malgré l'antisepsie, avaient conservé une réelle gravité.

Il fut également possible de reprendre un certain nombre d'opération oubliées ou délaissées, parce que trop graves.

Enfin, les chirurgiens purent innover et inventer une série d'opérations nouvelles, plus satisfaisantes les unes que les autres.

Tout fut mis en œuvre pour réaliser ce triple but, avec une énergie de chaque instant, un enthousiasme que rien n'a pu affaiblir, une foi qui a surmonté tous les obstacles. Les résultats ont été magnifiques, les progrès ont dépassé les espérances des plus optimistes.

Les gants de caoutchouc, introduits dans la pratique par le grand chirurgien de Baltimore, Halsted, puis à Paris par Chaput, avec une autre conception dans leur forme, ont supprimé tout danger provenant des mains de l'opérateur. L'emploi de la teinture d'iode sur la peau de l'opéré a permis de serrer d'encore plus près l'asepsie absolue.

Entre 1900 et 1940, nous assistons à la récolte préparée par les efforts de nos pères, sans compter que deux guerres, celle de 1914, celle de 1939, nous ont, malheureusement, fourni des données nouvelles sur le traitement des plaies musculaires, articulaires et osseuses, sur la chirurgie du cerveau, sur la chirurgie des nerfs, sur la valeur d'antiseptiques nouveaux.

***

Quel est le problème devant lequel tout chirurgien se trouve placé chaque jour, et même plusieurs fois par jour ?

Le diagnostic d'une lésion que la chirurgie peut traiter ayant été posé, le problème est alors de déterminer le moment le meilleur pour opérer, et la manière dont il faudra opérer. Quand ? Comment ?

Quand ? La question ne se pose pas s'il s'agit d'une urgence : une hémorragie, la rupture d'une grossesse tubaire, un ulcère de l'estomac perforé, un étranglement herniaire, une péritonite appendiculaire, une plaie de l'abdomen, une rupture du rein ou de la rate. C'est tout de suite qu'il faut opérer, c'est une question de vie ou de mort, une question de minutes.

Tout se simplifie, alors, dans les « urgences », quant aux examens cliniques préopératoires et quant aux soins préopératoires ; mais les minutes qui vont s'écouler entre l'admission d'un malade dans la maison chirurgicale de secours et le moment où l'opérateur prendra le bistouri, peuvent souvent, doivent toujours être utilisées de la façon la plus profitable.

Faites prendre la tension du malade, faites marquer sur la feuille *ad hoc* les pulsations et la température. Avant tout, calmez la douleur, car outre le bénéfice pour le malheureux qui souffre, vous aurez, par l'emploi d'un analgésique, apporté un calmant dont l'action se combinera de la manière la plus heureuse avec l'anesthésique que vous allez choisir tout à l'heure. Dans les états de choc, l'emploi de la morphine, non seulement calmera la douleur, mais aura une action bienfaisante sur les phénomènes de choc eux-mêmes.

A côté des soins que réclament impérieusement les phénomènes douloureux, vous aurez à veiller, en cas d'hémorragie, ouverte ou cachée, sur la pression sanguine. Est-elle basse et surtout *continue-t-elle* à baisser ? Prescrivez alors une transfusion ; une légère transfusion suffit souvent et le Centre de traumatologie ou d'urgence doit être installé d'une façon telle que prescrire une transfusion sanguine soit aussi banal que s'il s'agissait d'une simple injection de sérum artificiel.

L'exposé de ces simples manœuvres préliminaires montre que la chirurgie d'urgence doit se pratiquer dans des centres spéciaux, bien qu'elle soit toujours réalisable dans tout organisme chirurgical quel qu'il soit, organisme qui doit toujours « rester sous pression », avec son matériel toujours prêt et son personnel toujours alerté, aussi bien la nuit que le jour. Mais, dans une grande ville comme Paris, plusieurs centres chirurgicaux d'urgence doivent fonctionner pour donner

des soins à tous les blessés de la rue. Un de ces centres existe, c'est l'hôpital Marmottan, un autre est en voie d'exécution à l'hôpital Saint-Antoine ; deux autres seront nécessaires sur la rive gauche, ce qui portera à quatre, chiffre minimum, les hôpitaux d'urgence indispensables dans une ville comme Paris. Cela, je tiens à le répéter, n'empêche pas chaque hôpital de pouvoir, lui aussi, réaliser des opérations d'urgence, quand ce ne serait que pour les malades déjà alités dans l'hôpital et qu'une complication, survenue à l'improviste, oblige à opérer sans perte de temps. Ces centres d'urgence devraient jouer un grand rôle pour l'instruction des élèves, au même titre que les cliniques d'accouchement où les stagiaires sont admis aussi bien la nuit que le jour, et fournissent aux élèves un enseignement incomparable. Autrefois, les élèves faisaient un stage de quelques heures chaque matin dans les cliniques d'accouchement. Le jour où, grâce au professeur Pinard, le stage d'accouchement devint obligatoire de jour et de nuit, un très grand progrès pour l'enseignement des élèves a été réalisé. Il en sera de même pour l'enseignement de la chirurgie, dans les hôpitaux d'urgence. Un de mes collègues russes, Judine, est le chirurgien en chef d'un hôpital d'urgence à Pétrograd : il m'a exposé le rôle d'un tel hôpital et pour les malades et pour les élèves, je crois que l'on peut ajouter : et aussi pour les chirurgiens.

Une installation radiologique complète, toujours en fonction, est naturellement indispensable dans un centre chirurgical d'urgence. Je ne parle pas seulement de la nécessité de la radiologie dans les fractures, mais aussi dans l'occlusion intestinale, dans certaines perforations discutables de l'estomac ou du duodénum, dans l'invagination intestinale, etc.

RÉSUMÉ DE L'HISTOIRE DE LA CHIRURGIE.

Si l'on jette un coup d'œil d'ensemble sur la chirurgie à travers les siècles, on constate, d'après les vestiges préhistoriques et les récits des héros d'Homère, que la chirurgie a commencé dans l'Asie occidentale, puis est passée chez les Grecs, à l'École d'Alexandrie pendant les ve et ive siècles av. J.-C. L'anatomie humaine n'existait pas. Cette *première pé-*

riode grecque nous a laissé une série d'écrits, les *Livres hippocratiques*.

Deuxième période, grecque également, non plus à Athènes, mais à Alexandrie d'Égypte, de l'an 331 av. J.-C. à l'an 37 après J.-C. Grâce à la dissection sur des cadavres humains, une base anatomique est édifiée, avec des notions réelles de physiologie. Pendant cette période de trois siècles, deux grands noms : *Hérophile* né en l'an 340 av. J.-C. et *Erasistrate*, né 330 ans av. J.-C.

Les écrits de ces deux périodes grecques, sauf quelques rares traités qui ont pu être sauvés, nous sont parvenus grâce à *Aulus Celsus*, qui vivait dans les premières années de l'ère chrétienne et dont un seul livre, le plus précieux pour nous, *De re medica*, a été conservé. Celse qui n'était pas médecin, mais gentilhomme romain, a réuni, lu, compilé, traduit en *latin* les premières œuvres médicales.

Puis *Galien*, (second père de la médecine avec Hippocrate), qui vécut à Rome de 131 à 201 après J.-C. Versé en anatomie humaine, en physiologie, il a donné de bonnes descriptions cliniques et opératoires et traité de la ligature des artères, dont Celse avait déjà parlé.

De très nombreux instruments en bronze, semblables à beaucoup de ceux que nous utilisons aujourd'hui, sont retrouvés à Herculanum et à Pompéi. Dans les grandes propriétés foncières des Romains, qui comptaient parfois des milliers d'esclaves, apparaît le *Valetudinarium*, première ébauche des hôpitaux.

Puis les *Arabes* (période très intéressante) qui sont les initiateurs de la chimie.

Puis l'immobilité et même le recul du Moyen Age.

Les médecins et les chirurgiens font bande à part et les chirurgiens tombent alors au rang de barbiers.

Le roi saint Louis fonde le *collège de Saint-Côme*

Deux noms émergent : *Henri de Mondeville* (1260-1320) et *Guy de Chauliac* (1300-1370) dont les œuvres ont été traduites et commentées par le chirurgien français Nicaise.

La dissection des cadavres humains fut interdite jusqu'en 1240.

Les chirurgiens qui savaient le latin (chirurgiens-clercs de robe longue) abandonnaient les opérations aux chirurgiens-barbiers, dits de robe courte.

Enfin, la Renaissance (XVIe et XVIIe siècles) avec l'anato-

miste *Vésale*, le physiologiste *Harvey* (circulation du sang, ébauchée par Hérophile) et le chirurgien *Ambroise Paré* (1516-1590). Ambroise Paré fut le premier qui n'écrivit pas en latin, son œuvre n'en fut que plus facilement diffusée.

Au XVIIIe siècle, le chirurgien de Louis XIV, *Mareschal*, continue sous Louis XV à être le chirurgien de la Cour et fait créer, en 1731, l'Académie royale de Chirurgie. En 1743, les chirurgiens se libèrent des barbiers et subissent une soutenance de thèse. De 1731 à 1793, grand rayonnement de la chirurgie française. En 1793, suppression de toutes les Académies, y compris l'Académie de Chirurgie.

Première moitié du XIXe *siècle :* un grand chirurgien, *Dupuytren*. L'infection règne en maîtresse, la plupart des opérés meurent. Deux grands chirurgiens des armées de Napoléon : *Larrey* et *Percy*.

Deuxième moitié du XIXe *siècle :* En 1847, découverte de l'anesthésie générale et trois grands chirurgiens en France, *Chassaignac*, *Maisonneuve*, *Nélaton* et l'érudit *Malgaigne*.

En 1867, l'antisepsie avec *Lister*.

En 1886, l'asepsie par la stérilisation à l'autoclave avec *Terrier*.

De 1900 à 1940, merveilleux essor de la chirurgie.

En 1936, résurrection de l'Académie de Chirurgie qui s'était reconstituée en 1842, sous le modeste nom de Société de Chirurgie.

L'on assiste, aujourd'hui, avec l'emploi des sulfamides dont la dernière guerre vient de démontrer la haute valeur, à un retour vers l'antisepsie, mais à une antisepsie préventive pour ainsi dire. Il y aura sûrement intérêt, dans bien des cas qui se préciseront mieux chaque jour, ou à employer *in situ* le plus efficace des sulfamides, le septoplix, ou à en faire absorber à l'opéré chez lequel on peut craindre, malgré l'asepsie la plus stricte, des risques d'infection.

COURTE AUTOBIOGRAPHIE

Je suis né en 1872, le 20 janvier, à Fécamp, charmant petit port de pêche sur la Manche, où mon père exerça, avec talent et dignité, pendant près de trente ans, la noble profession de médecin.

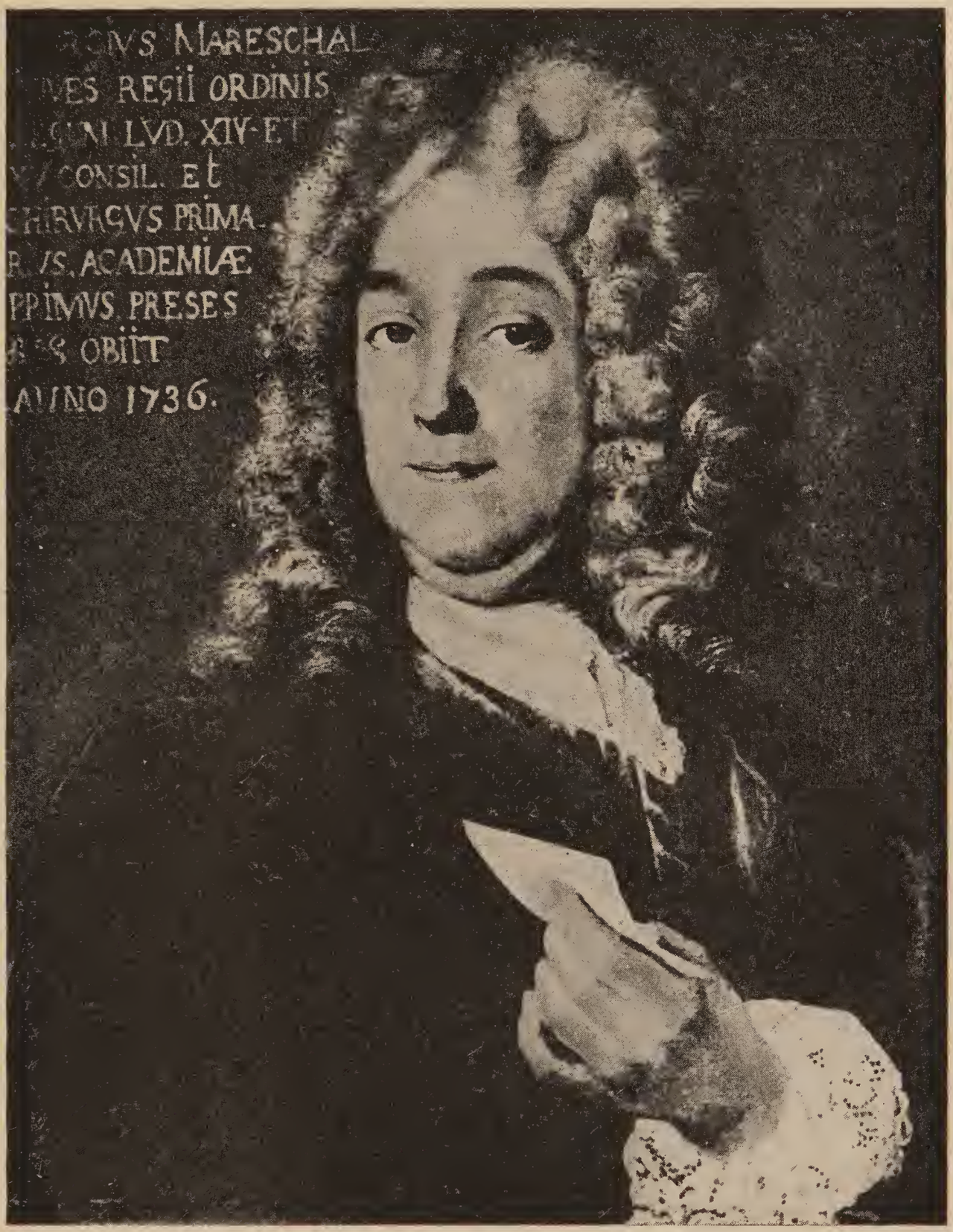
Ma mère, femme admirable, courageuse et optimiste, descendait des montagnards de la Lozère, de cette race que les Romains n'ont pu soumettre et qui s'était réfugiée dans ses montagnes pour fuir l'envahisseur : elle mourut en 1919, à quatre-vingt-quatre ans.

J'ai 68 ans. Je ne sais combien de temps me reste à vivre ; en tout cas, ce temps est compté. Aussi, je m'empresse de noter quelques souvenirs et quelques points de chirurgie.

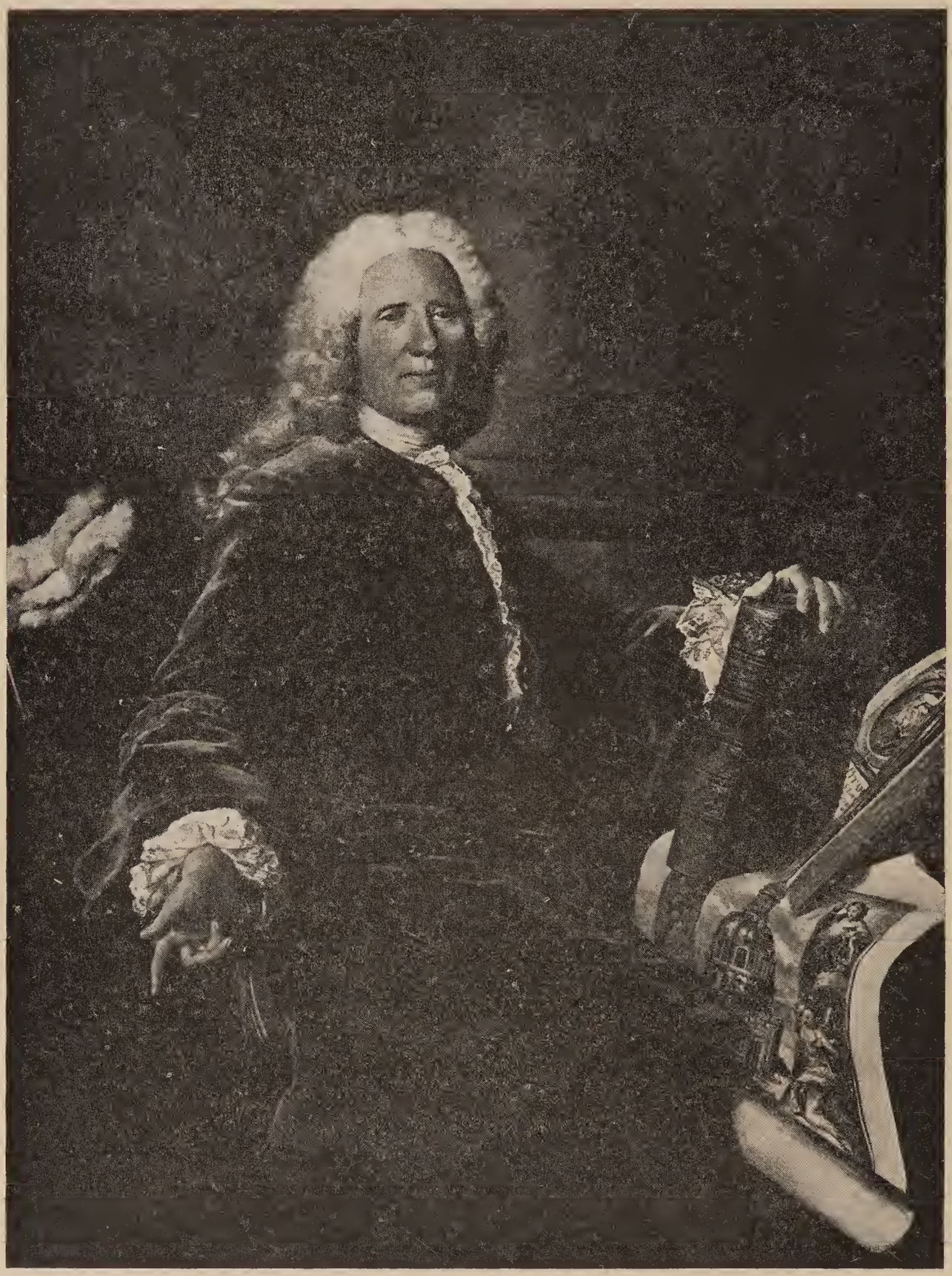
Dans le discours de remerciements que j'adressai, le 27 novembre 1936, à tous ceux qui étaient venus me fêter à la Salpêtrière, lors de la remise d'une épée à l'occasion de mon élection à l'Académie des Sciences, (mon élection remontait à 1934), j'avais manifesté ma profonde satisfaction de voir représentés, sur les deux cartouches de l'épée, d'une part le port de mon pays natal, c'est-à-dire le point de départ de ma vie, d'autre part, l'hospice de la Salpêtrière, c'est-à-dire l'arrivée. Le cartouche où l'on voit la mer et les hautes falaises normandes et l'entrée d'un port, c'est la reproduction d'un tableau du grand peintre anglais Bonington. Bonington qui mourut jeune, à 26 ans, a beaucoup peint en Normandie, particulièrement Fécamp et ses environs, et j'ai la joie de posséder la gravure qui a été exécutée d'après le tableau original. Sur cette gravure et sur la coquille de l'épée que l'on voulut bien m'offrir, on voit un voilier qui, par une mer agitée, cherche à rentrer au port. Cette image me rappelle un spectacle de ma jeunesse d'où se dégagea pour moi une

grande leçon, à un âge où j'ignorais Alfred de Vigny et la « Mort du loup ».

Quelques semaines avant d'abandonner mon pays natal pour venir à Paris tenter ma chance, — j'avais alors une quinzaine d'années, — j'assistai à un spectacle vraiment grandiose qui eut, sur ma manière de me comporter, dans toute mon existence, une profonde influence. A cette époque lointaine, un jour d'équinoxe d'automne, vers la fin de septembre, par une mer démontée, un navire de pêche, toutes voiles dehors, essayait de rentrer au port de Fécamp ; l'entrée est assez étroite, et difficile à prendre par grosse mer, surtout pour un voilier. Ce navire accourait de l'horizon, il volait littéralement sur la mer, il bondissait sur les flots à la manière d'un cheval au galop, et tout à coup, le capitaine qui avait cru pouvoir franchir l'entrée, s'apercevait qu'il allait être déporté et brisé contre l'estacade. Alors le navire virait de bord, il reprenait la haute mer ; puis il virait encore et revenait vers la terre, toujours avec la même vitesse fantastique, pour essayer de se mettre à l'abri. Une fois, deux fois, bien des fois, la même manœuvre angoissante est tentée ; et enfin, à un moment précis, le pilote a conscience qu'il peut réussir, il juge cela en un éclair. Il tente sa chance. Il réussit. Et bientôt nous vîmes ce magnifique voilier s'engager dans la « passe », sur une mer moins agitée. J'étais dans l'admiration du spectacle donné par ces hommes de mer qui venaient de frôler la mort. Ils étaient sur le pont de leur navire, bien calés dans leurs hautes et lourdes bottes ; ils étaient calmes, ils ne manifestaient ni crainte ni joie, ils étaient impassibles et silencieux, et la poitrine au vent par ce temps épouvantable, ils regardaient sans hâte s'avancer vers eux le quai où, dans quelques instants, ils allaient pouvoir débarquer. Le spectacle donné par ceux qui, de la terre, sur les traverses de bois des deux jetées, contemplaient cette lutte avec la tempête, n'était pas moins significatif. Une quarantaine d'hommes presque tous marins ou retraités de la marine, paraissaient aussi insensibles que ceux que portait le navire en péril. Ils ne disaient pas un mot. Ils ne faisaient aucun geste ; eux aussi étaient impassibles. J'ai pris là, pour toute ma vie, une grande et précieuse leçon ; j'ai compris que, dans l'existence, « quelle que soit la voie où le sort a voulu nous amener », il faut savoir se taire, il faut savoir « encaisser », il faut savoir accepter les responsabilités, il faut être et tenace, et



PORTRAIT DE MARESCHAL, CHIRURGIEN DE LOUIS XV
ET FONDATEUR DE L'ACADÉMIE ROYALE DE CHIRURGIE



PORTRAIT DU CHIRURGIEN DE LA PEYRONIE,
« SURVIVANCIER » DE MARESCHAL

calme, et patient, si l'on veut vraiment vaincre les difficultés. Et c'est pour exprimer cet ensemble moral que l'on a gravé, sur la lame de l'épée que mes amis me remettaient, la devise qui me fut autrefois composée par mon ami, le professeur Jeanbrau, lors de mon élection à l'Académie de Médecine : « *Omnia tenax vincit cogitandi voluntas.* »

Ce grandiose spectacle de la mer était tragique, tragique comme les grands drames qui se jouent dans la vie des individus ou dans la vie des peuples, comme les grands drames que nous cotoyons tous les jours, nous chirurgiens, qui avons à combattre inlassablement la maladie et la mort. Ces grands drames, si l'on veut être digne du nom d'homme, doivent élever l'âme tout en laissant notre tête froide et notre main infaillible. Il faut savoir rester silencieux, et en apparence impassible, ce qui ne veut pas dire indifférent, ou incapable d'enthousiasme.

J'ai pris ma première inscription, à la Faculté de Médecine de Paris, en novembre 1889. J'avais alors 17 ans. Il n'y avait pas, à cette époque ancienne, une année de P. C. B. L'enseignement de la physique, de la chimie et des sciences naturelles se faisait en première année à la Faculté même. Le titulaire de la chaire de physique était Gariel, celui de la chaire de chimie Armand Gautier, et celui des sciences naturelles Baillon.

Seuls les après-midi étaient occupés à la Faculté ; les matinées étaient libres pour faire ce qu'il plaisait ; les uns jouissaient de la grasse matinée, parce qu'ils s'étaient couchés trop tard, et les autres avaient la possibilité d'aller suivre un service d'hôpital, excellente préparation au stage obligatoire, médical et chirurgical, que l'on faisait en seconde année. Pendant toute l'année scolaire 1889-1890, je fréquentai, à l'hôpital Cochin, (le vieil hôpital Cochin, avec ses baraques en bois) le service de Benjamin Anger, qui, assez fatigué, était remplacé par un jeune chirurgien des hôpitaux, alors au début de sa prestigieuse carrière, Tuffier.

L'un des enseigneurs qui m'ont laissé la plus profonde impression, c'est Tuffier. Je crois bien qu'il fit son premier cours d'agrégé en 1889, l'année même où je commençai les études médicales. J'assistai à sa première leçon : nous étions une dizaine d'élèves. A la seconde, nous étions cinquante ; à la troisième, l'amphithéâtre, qui comptait deux cents places environ, ne pouvait contenir tous les auditeurs, et j'entends

toujours Tuffier nous dire : « Venez avec moi chez M. le Doyen, nous allons lui demander de mettre à notre disposition le grand amphithéâtre ! »

Tuffier avait une manière si claire d'exposer les faits de la chirurgie, avec la précaution de toujours débuter par un court rappel anatomique, que l'on ne pouvait pas ne pas comprendre. S'il sentait que quelques-uns n'avaient pas compris, que leur visage ne s'était pas détendu et que la petite flamme de la compréhension n'avait pas brillé dans leur regard, il reprenait sa démonstration jusqu'à ce que tous eussent compris, et, alors seulement, il avançait plus loin. C'était un enseignement parfait, très utile.

A quels élèves s'adresse l'enseignement ? Farabeuf, qui fut, lui aussi, un enseigneur hors ligne, comme la Faculté en a peu compté, nous avait un jour, dans l'un de ses cours si prenants, exposé le problème de l'enseignement avec le raisonnement suivant : il y a trois sortes d'élèves, ceux qui ne comprennent rien, ni ce qu'on leur explique, ni ce qu'ils lisent, ceux-là sont très rares, espérons-le, et espérons aussi qu'il n'y en a pas dans cet amphithéâtre ; ceux qui comprennent tout ce qu'ils lisent, ce sont les meilleurs, ils n'ont pas besoin de venir ici ; et enfin, ceux qui comprennent tout ce qu'on leur explique, ce sont les plus nombreux, la plupart d'entre vous appartiennent à ce groupe, c'est pour eux que l'enseignement est fait, et pour eux que je vais commencer mon cours.

Je crois bien que Tuffier se serait fait comprendre même des élèves de la première catégorie.

Aujourd'hui, il faudrait dire que cette première catégorie de Farabeuf, ceux qui ne comprennent rien, ni ce qu'on leur explique, ni ce qu'ils lisent, devrait être impitoyablement exclue des Facultés, dès la fin de leur première année. Ils sont alors encore assez jeunes pour entreprendre une autre carrière.

Benjamin Anger, que remplaçait Tuffier, avait eu des débuts brillants. C'est lui qui avait été mis par Nélaton près de Napoléon III pendant la campagne de 1870. On ne le voyait que rarement dans son service, où Tuffier le suppléait de façon permanente. Grâce à Tuffier, j'y ai beaucoup appris, et j'ai compris que la chirurgie devait être placée au-dessus de tout.

En 1890-1891, stage à l'hôpital Saint-Antoine, chez un des meilleurs médecins cliniciens de l'époque, le professeur Hanot.

Et ensuite, les différents échelons : externe des hôpitaux en 1891 et 1892 chez le professeur Guyon et chez le professeur agrégé Lancereaux ; interne de 1894 à 1898 chez Tillaux, Reclus, Guyon et Terrier ; aide d'anatomie en 1896 ; prosecteur en 1897 ; chef de clinique en 1900 ; agrégé en 1901 ; chirurgien des hôpitaux en 1903; titulaire d'un service en 1912 ; professeur à la Faculté depuis 1919.

Chacune de ces étapes est difficile, et l'on s'en rendra mieux compte si l'on songe que l'internat des hôpitaux correspond, comme valeur et comme difficulté, à l'une de nos grandes écoles, Polytechnique, par exemple.

A chaque étape, j'ai trouvé des maîtres, des camarades qui m'ont tendu la main, et je n'ai qu'une crainte en publiant ce livre, c'est d'avoir oublié des noms qui sont profondément gravés dans mon cœur.

On m'a laissé deviner que j'étais parfois fortement critiqué. Le contraire m'eût étonné. Mais je l'ignore réellement, car ces critiques, jamais personne ne les a formulées devant moi. En revanche, que de dévouements, que d'amitiés pour lesquels ma reconnaissance est sans bornes et ne s'éteindra qu'avec moi.

En dehors des conférences d'internat, que nous faisions du reste gratuitement et une seule fois par semaine, excellent exercice pour ceux qui les dirigeaient et, j'espère aussi, pour ceux qui les suivaient, je n'ai jamais perdu une heure, au cours de mes études médicales — comme cela se pratique malheureusement maintenant et sur une si vaste échelle — pour donner des leçons payantes. La vérité m'oblige cependant à faire une légère rectification, car j'ai donné une fois, une seule fois, une leçon qui me fut payée. Il s'agissait du petit-fils d'un botaniste qui a laissé un grand nom, grâce à ses recherches sur la flore de l'Afrique du Nord et dont le secrétaire perpétuel de l'Académie des Sciences, M. Lacroix, vient de donner, dans la séance solennelle du 23 décembre 1940, une excellente biographie. Ce botaniste explorateur qui jouissait d'une très belle fortune, avait légué à son petit-fils un magnifique herbier, et aussi toute sa fortune, à la condition qu'il fît les études médicales. La veuve du botaniste qui vivait encore vers 1897, me fit appeler pour me confier son petit-fils qui venait d'essuyer une série d'échecs à l'examen d'anatomie. J'allai rue de la Boétie, dans une grande et belle maison dont trois étages étaient occupés par le fameux her-

bier. J'y trouvai un garçon charmant qui, me prenant à part, me déclara qu'il avait horreur de la médecine, qu'il ne serait jamais médecin, mais qu'il voulait bien tenter un dernier essai. L'essai fut court et la leçon unique. Mon élève d'un jour ne fut jamais docteur en médecine. Mais je crois bien que tout finit par s'arranger : l'herbier alla au Muséum, accompagné par une très importante donation et le reste de la fortune, qui était encore considérable, alla au petit-fils du fameux botaniste C...

J'avais complètement oublié cette histoire, lorsqu'elle ressuscita tout à coup dans ma mémoire, avec une vision parfaite des moindres détails, en écoutant la si intéressante communication de M. Lacroix sur la flore de l'Atlantide. Je revis avec une précision fulgurante les trois étages de la rue de la Boétie, les magnifiques boiseries si étincelantes qui abritaient le précieux herbier, et le conservateur maniant devant moi et mon jeune élève résigné, les rayons où reposaient les fameux échantillons de plantes.

La morale de cette histoire, c'est que les parents ont tort qui veulent choisir pour leurs fils — que dis-je ? pour leurs petits-fils ! — la carrière même qui les a passionnés. Tout le monde connaît l'histoire du fils du grand neurologue Charcot, qui fut obligé de faire les études de médecine sous la contrainte paternelle. Il eut ensuite le courage d'abandonner cette voie et il se tailla, dans la carrière d'explorateur, — puisqu'il n'avait pu réaliser son rêve, être marin — une renommée dont son illustre père eût été fier.

Dans le même ordre d'idées, j'ai reçu, un jour, d'un grand ami anglais, une excellente leçon qui m'a été fort profitable. Il m'avait connu débutant en chirurgie. Nous faisions ensemble, il y a quelques années, un retour en arrière et je terminai en lui déclarant qu'en somme je n'avais qu'à bénir l'existence, et qu'il ne me restait plus qu'un seul souci, marier mon fils. Il fut vraiment indigné par mes paroles, oui, indigné est bien le mot : « Comment ! marier votre fils, mais cela ne vous regarde pas. C'est lui qui se mariera, vous n'avez pas à intervenir. En Angleterre, pareille idée ne viendrait jamais à personne. » Vous devinez ma joie profonde en écoutant mon ami anglais : je n'avais qu'un seul souci dans l'existence, il venait de m'en délivrer.

Je m'aperçois que j'ai avancé une affirmation qui n'est pas exacte, en disant que je n'avais jamais donné, sauf une

fois, des leçons payantes. Quand j'étais prosecteur, j'ai *entraîné*, au moyen d'exercices de médecine opératoire, un certain nombre de jeunes médecins qui partaient pour la guerre gréco-turque. Je ne puis préciser à quel parti belligérant ils appartenaient, mais tous me demandaient de leur apprendre les opérations de la chirurgie de guerre — ligatures, amputations, résections — en *quatre* leçons ! J'ai essayé, mais en les voyant partir, après ces quatre leçons, pour rejoindre leurs ambulances, je ne pouvais m'empêcher de penser qu'il y aurait sûrement, sur les champs de bataille, des pièces d'artillerie qui causeraient moins de dégâts que mes chirurgiens improvisés !

La génération à laquelle j'appartiens était vraiment nourrie des principes les plus stricts d'une saine économie et c'est pourquoi elle n'était pas obligée de perdre du temps pour gagner de l'argent. Je me rappelle une histoire sans importance qui montre bien que nous étions persuadés — oui, vraiment persuadés — que l'or avait une valeur en soi. Un jour, j'étais encore étudiant, j'entre dans une librairie près de la Faculté pour acheter une thèse, soit un ou deux francs, et je paie avec une pièce de vingt francs en or. La caissière — qui devait se livrer à ce petit exercice de temps en temps — met la pièce dans le tiroir de caisse et me rend la monnaie comme si j'avais donné dix francs. Et comme j'attendais la suite, elle tire de ce même tiroir une petite pièce de dix francs en or pour bien me montrer celle qu'elle prétendait que je lui avais donnée, et me laisse furieux, sans possibilité de défense. A moi, qui évitais d'acheter un journal, de prendre l'omnibus, cette perte de dix francs était sensible. Nous n'avions pas besoin d'argent, parce que nous savions limiter nos besoins.

NAIT-ON CHIRURGIEN OU DEVIENT-ON CHIRURGIEN ?

On pourrait répondre que l'on naît chirurgien. Ce serait bref et péremptoire, et tout serait dit.

Une telle réponse ne serait peut-être pas, cependant, aussi précise qu'il est souhaitable. Il est bien évident que certains êtres sont doués pour la chirurgie, comme d'autres sont nés pour être musiciens ou peintres. Mais, en plus du don, il y a le travail, et quel travail acharné ! « Avant tout, il est besoin de dispositions naturelles. Tout est vain quand on veut forcer la nature. »

Pour les peintres, pour les musiciens, nombreux sont les exemples de vocations que rien n'a pu entraver.

C'est Claude Monet, fils d'un drapier du Havre, auquel son père « coupe les vivres », parce qu'il veut faire de la peinture, et qui est obligé, pour subsister, de s'engager dans un régiment d'Afrique. Il est heureusement réformé et peut alors, la résistance paternelle cédant, s'adonner à la peinture et accomplir sa magnifique carrière.

C'est Gauguin, affrontant la misère, s'expatriant et allant mourir dans son île éloignée pour réaliser son rêve fantastique. Dans un livre passionnant, l'*Envoûté*, Sommerset Maugham a décrit la vie de ce peintre de génie que rien ne peut écarter de sa destinée, et qui meurt, seul et abandonné, au milieu de son œuvre immortelle.

Et Cézanne, et Vuillard, et Renoir, et Rodin, Maillol, Gustave Flaubert, Balzac, Marcel Proust, André Gide, Georges Duhamel, Paul Valéry, quelle force aurait pu les empêcher ou de sculpter, ou de peindre, ou d'écrire.

Une autobiographie à lire est celle de la grande chanteuse Félia Litvinne. Elle y expose toute sa magnifique carrière.

Elle avait un don exceptionnel, mais que de travail, quel sens de l'observation, quelle intelligence, quelle compréhension ! Avec un tel don et un travail aussi acharné, elle ne pouvait pas ne pas conquérir une renommée mondiale.

Pour ce qui est de la vocation chirurgicale, les familles sont loin d'y faire opposition, pour des raisons qui, elles, ne sont peut-être pas toutes désintéressées. La chirurgie ayant toujours passé pour une carrière fructueuse, quels parents pourraient formuler un refus !

Tout le monde connaît le débat de conscience de ce très grand chirurgien qui avait coutume de dire : ma famille voulait faire de moi un industriel ; je voulais faire de la peinture ; j'ai pris un moyen terme : j'ai fait de la chirurgie. Quelle effroyable déclaration !

Pour être chirurgien, la vocation est-elle aussi nécessaire aujourd'hui qu'elle l'était il y a cinquante ans ? Malheureusement non, et c'est peut-être là une des raisons pour lesquelles certains chirurgiens, ou du moins certains qui pratiquent la chirurgie, ne sont pas, au point de vue du caractère et des qualités morales, aussi grands qu'étaient nos pères. Et puis, les chirurgiens sont maintenant si nombreux !

Au début du XIXe siècle, sous Napoléon, il fallait évidemment, pour être chirurgien, une forte vocation. Et encore convient-il de préciser : beaucoup de jeunes étudiants étaient enrôlés dans le Corps de Santé et versés, un peu malgré eux, dans les Ambulances des Armées. Quelques-uns, que leur expérience, leur adresse, leur sang-froid et leurs hautes qualités morales mettaient au-dessus de tous, devinrent non pas seulement des opérateurs fort utiles, mais de grands chirurgiens, comme Larrey, comme Percy.

Je ne veux pas remonter à l'époque des barbiers où le cerveau était le médecin, et la main le chirurgien, mais dès que la séparation entre médecins et chirurgiens fut complète, il arriva que certains étudiants, qui n'avaient aucune des qualités requises pour la chirurgie, optèrent au moment du début de leur internat, pour une carrière qu'ils trouvaient peut-être plus rayonnante, alors qu'ils faisaient erreur et n'auraient jamais dû abandonner la médecine. Le cas est rare, j'en connais cependant quelques-uns que j'ai suivis dans la vie avec grand intérêt, car ces erreurs d'aiguillage sont facilement réparables : quand celui qui s'est engagé à tort vers la chirurgie s'aperçoit que les fatigues, les responsabilités de cette

terrible carrière dépassent ce qu'il peut supporter, alors, automatiquement, il se rabat sur une bonne petite carrière de spécialiste, et arrive à se rendre, malgré ce faux départ, fort utile à la société. « La plupart des gens ne sont pas des hommes complets, mais de simples ébauches, et cela faute de trouver leur penchant naturel. » (R.-W. Emerson.)

Pour faire de la chirurgie dans la première moitié du XIXe siècle, de 1800 à 1850 (c'est en 1842 que fut découverte l'anesthésie), il fallait vraiment être doué d'une santé à toute épreuve, d'une résistance physique que rien ne pouvait entamer, et d'un amour des responsabilités écrasantes que seules les âmes bien nées peuvent rechercher.

Prenons une matinée du grand chirurgien Dupuytren, de celui que Balzac, dans ce chef-d'œuvre, *La Messe de l'Athée*, désigne sous le nom de Desplein, et concluons combien de mortels seraient assez doués, assez résistants pour fournir une telle course.

De 1810 à 1835, Dupuytren fut à la tête de la clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu. Il arrivait à l'hôpital à 7 heures du matin, car il était interdit d'y arriver plus tôt ! Il venait à pied de son domicile près de Saint-Germain-l'Auxerrois, nouait par-dessus sa redingote, un tablier blanc remontant haut sous les aisselles à la mode du temps, et commençait par la visite des salles. Il voyait tous les malades ; il s'attardait plus particulièrement au lit des nouveaux admis ; il étudiait leur cas, il l'exposait devant les nombreux étudiants qui suivaient son service, puis il allait à la salle d'opération. Il continuait par une leçon ex-cathedra d'après les cas les plus intéressants, puis par la consultation des malades externes, consultation qu'il faisait toujours lui-même avec le plus grand soin, et enfin il terminait cette dure matinée par quelques constatations autopsiques, si l'occasion se présentait. Il finissait ainsi, vers midi, une séance d'hôpital qui avait duré sans répit au moins cinq heures, et, lesté du petit pain que l'Assistance mettait à la disposition de ses chefs de service, il repartait à pied vers son domicile, toujours avec son légendaire habit vert fort usagé. L'après-midi, c'était une toute autre vie. Il opérait quelques malades de ville à leur domicile — les opérations étaient assez rares, heureusement pour le chirurgien et surtout pour les opérés, — il recevait chez lui quelques malades privilégiés et allait, dans son cabriolet parfaitement attelé, rendre visite à quelques clients de marque dont nous

lisons les noms sur son carnet heureusement retrouvé par mon ami, le docteur Ledoux-Lebard, carnet que j'ai eu la grande joie de tenir entre les mains. Sa matinée était ainsi exclusivement réservée à ses malades d'hôpital et, quelque sollicitation qui lui fût adressée le matin, quelle que fût la haute personnalité qui le réclamât, Dupuytren, le baron Dupuytren, n'y cédait jamais, et considérait comme un cas de conscience de consacrer le meilleur de son temps, toute sa matinée, à ses malades pauvres de l'hôpital.

Il prenait ses vacances dans le petit village de l'Etang-la-Ville, près de la forêt de Marly, dans sa belle propriété de l'Auberderie qui appartient encore à ses descendants, à 20 kilomètres environ de Paris, ce qui lui permettait, même pendant les vacances, de venir presque chaque jour à Paris, avec une voiture à chevaux, et de continuer ainsi ce qui était la raison d'être de toute sa vie, travailler et opérer.

A l'époque de Dupuytren, les opérations exigeaient de celui qui les pratiquait, des qualités exceptionnelles d'adresse et de rapidité. Les malades n'étaient pas endormis; il fallait aller vite et surtout il y avait la terrible infection qui emportait la plupart des opérés.

L'opéré qui guérit ne cause aucune fatigue ; c'est au contraire, un sentiment de joie, de repos, qu'éprouve chaque jour le chirurgien en constatant que la guérison se consolide. Mais si l'opéré meurt, au moment où tout espoir disparaît, c'est alors que retombe sur les épaules du chirurgien tout le poids de sa déception et de sa fatigue.

Si nous ne connaissons plus que rarement de telles épreuves, les contemporains de Dupuytren les subissaient presque pour chacun de leurs opérés. Que de mérite pour continuer, à cette époque, une telle carrière, magnifique et effroyable. Oui, pendant ces temps héroïques de la chirurgie, il fallait vraiment la vocation !

Bien opérer est facile pour certains êtres doués. C'est très difficile ou impossible pour beaucoup d'autres.

Mais que veut dire « bien opérer » ?

Beaucoup d'aspirants chirurgiens, possédant une base anatomique suffisante, un certain bagage de notions anatomo-cliniques, ayant vu souvent opérer et ayant souvent aidé, peuvent arriver à pratiquer des opérations relativement simples et obtenir de bons résultats. Ce sont d'honnêtes opérateurs, ce ne sont pas des chirurgiens : ils sont certes utiles

et bienfaisants pour la société, ils ne contribueront jamais aux progrès de la chirurgie.

Ce qui ne signifie pas que pour devenir vraiment chirurgien, il ne faille pas fournir, même si l'on est très doué, un labeur vraiment colossal. Pour parvenir, dans le régime institué en France, à mériter le titre magnifique de chirurgien, il faut y consacrer un grand nombre d'années. L'on peut dire d'un élève ayant presque achevé sa scolarité (soit quatre à cinq ans d'études), puis qui a passé quatre ans comme interne auprès de plusieurs maîtres et qui s'est ensuite attaché, pendant une dizaine d'années, à l'un de ces maîtres dont le caractère, la technique et les résultats l'ont plus particulièrement conquis, on peut dire que cet apprenti chirurgien commence à très bien connaître son métier vers l'âge de 35 ans, et que c'est entre 40 et 60 ans qu'un chirurgien est à son apogée au point de vue opératoire.

Mon ami, le professeur Clovis Vincent, le grand médecin neurologue devenu le grand neuro-chirurgien que le monde entier connaît, constitue un cas tout à fait particulier. Il m'a conté lui-même comment il devint neuro-chirurgien. Assistant en simple spectateur à des opérations cérébrales pratiquées sur ses malades personnels, il en voyait mourir un certain nombre, sans parvenir à découvrir la cause des échecs. Il se figura alors, qu'en étant plus près du champ opératoire, il se rendrait un compte plus exact des choses. Il devint ainsi aide-chirurgien, ce qui lui permit de suivre tous les différents temps opératoires, d'en analyser toutes les difficultés et aussi d'enregistrer les fautes qui pouvaient être commises. Beaucoup d'opérés continuaient cependant à mourir et Clovis Vincent n'arrivait pas à déterminer pourquoi. Il prit alors la résolution d'opérer lui-même et connut des succès magnifiques. Grâce à une instruction anatomique, clinique et physiologique inégalable, ayant assisté à beaucoup d'opérations, ayant aidé directement dans beaucoup d'autres, il se révéla, dès ses premières interventions, un très grand chirurgien, un très grand neuro-chirurgien, et cependant il avait bien près de la cinquantaine quand il débuta comme opérateur. C'est un cas unique. Il doit nous faire méditer, mais nous permet d'affirmer que Clovis Vincent était particulièrement doué... sans le savoir. J'ai vu opérer Clovis Vincent ; tous ses gestes sont coordonnés, logiques, efficients, tout paraît simple, c'est vraiment un très grand neuro-chirurgien.

J'ai dit à Clovis Vincent, lorsqu'il vint me faire visite de candidat pour la chaire de neuro-chirurgie que l'on était sur le point de créer, qu'il constituait vraiment une anomalie, une sorte de monstre, et que, les monstres ne faisant pas de petits, j'étais inquiet sur l'avenir de la nouvelle chaire. Je voulais signifier par là que je craignais fort qu'il ne fît pas d'élève capable de lui succéder. Ses élèves prendraient fatalement sa carrière comme modèle, c'est-à-dire seraient avant tout des médecins, et n'ayant pas ses hautes qualités, feraient peut-être de médiocres neuro-chirurgiens.

Harvey Cushing, le grand neuro-chirurgien, le fondateur, avec Horsley, de la neuro-chirurgie, fut d'abord chirurgien général, et je persiste à penser que c'est après avoir passé par la chirurgie générale, qu'il faut se spécialiser en neuro-chirurgie. La voie que suit mon assistant Daniel Petit-Dutaillis, d'abord chirurgien général et maintenant neuro-chirurgien, me paraît la meilleure.

En voyant opérer, en assistant un grand chirurgien, on est à même de s'instruire de façon exceptionnelle. Pour ma part, j'ai vu, pendant dix ans, opérer l'un des plus grands chirurgiens français, celui que l'on nomme, à juste titre, le père de l'asepsie, Félix Terrier, et j'ai eu l'avantage inestimable d'être, pendant ces dix années, son aide principal.

Il réunissait en lui tout ce qui fait le grand opérateur, et mieux encore, le grand chirurgien. Il était doué d'une adresse parfaite, avec un coup d'œil sûr, une vue perçante, une main fine et précise, des gestes doux, mesurés, efficients. Et, avant tout, une conscience admirable. Cette adresse, il l'avait cultivée et développée pendant les trois années passées, avant qu'il eût vingt ans, à l'Ecole vétérinaire d'Alfort. Il y avait beaucoup disséqué, et surtout il y avait préparé un grand nombre de démonstrations anatomiques pour son maître Collin (d'Alfort). Il avait bien souvent mis à nu, sur le cheval, vivant, — et quels tristes souvenirs il en avait conservés ! — les racines de la moelle épinière, pour les cours que Collin faisait devant les étudiants. Il était arrivé, pendant les trois ans que durèrent ses fonctions de préparateur, à une véritable maîtrise, et dès qu'il eut à opérer sur l'homme, il se révéla un très grand opérateur, audacieux et prudent, précis, recherchant les cas difficiles, ménageant les tissus. Grâce à ses qualités d'opérateur méthodique — et non pas grâce à ses paroles, car il en était très ménager — il a fait une série d'élèves de

haute valeur, il a même réalisé ce tour de force de prendre, au début de leur internat, des élèves qui étaient fort peu doués, comme adresse et comme sang-froid, et d'arriver à en faire, parce qu'ils étaient travailleurs, intelligents et pourvus de hautes qualités morales, des chirurgiens qui ont honoré notre pays. Aussi que n'a-t-il pas fait de ceux qui étaient doués !

MES ASSISTANTS

J'ai près de moi, depuis plus de vingt-cinq ans, deux assistants que j'ai vu débuter, puis franchir successivement tous les échelons pour devenir finalement de très remarquables opérateurs, Petit-Dutaillis et Charrier.

Jean Charrier, nommé chirurgien des hôpitaux en 1930, est avec moi depuis 1910 ; il a fait partie de mon ambulance 13-18, à l'hôpital Corbineau, à Châlons-sur-Marne, pendant la guerre de 1914-1918. Il pratique une des opérations les plus délicates et les plus graves de la chirurgie, l'ablation du rectum, avec une sûreté, une simplicité, une facilité apparente telles que l'opération paraît à la portée de tous. Il y obtient les résultats les meilleurs, puisque sa mortalité actuelle est très faible. C'est l'un des meilleurs opérateurs parmi mes élèves. C'est à lui que je me suis confié quand j'eus besoin d'être opéré. C'est un très grand chirurgien !

Daniel Petit-Dutaillis, chirurgien des hôpitaux et agrégé, se consacre plus spécialement à la neuro-chirurgie. Sa très grande instruction, son éducation de chirurgien général, sa conscience, son adresse lui permettent d'y obtenir de très beaux résultats. Je l'ai vu opérer un grand nombre de tumeurs de la moelle et du cerveau avec de très beaux succès. C'est lui, le premier, qui intervint pour cette lésion curieuse, la hernie du nucleus pulposus (saillie à l'intérieur du canal rachidien d'une hernie du disque intervertébral), avec des résultats parfaits. Il a déjà opéré, pour cette affection que l'on croyait très rare et qui se manifeste surtout en névralgies sciatiques interminables, vingt cas avec vingt succès.

Vous pouvez juger de ma haute satisfaction, à moi, le chef de la Clinique chirurgicale, d'avoir de tels élèves !

Paul Funck-Brentano, chirurgien des hôpitaux, agrégé de la Faculté, est près de moi depuis onze ans. Excellent clinicien, très bon opérateur, disciple parfait, il s'occupe avec moi de toutes les questions d'enseignement et je n'oublierai jamais le bon travail, cœur à cœur, que nous avons fait depuis le 14 juin 1940.

J'ai eu d'autres élèves qui, pour la plupart, sont d'excellents opérateurs ; je pourrais en citer une trentaine parmi les chirurgiens des hôpitaux de Paris : Louis Bazy, Desmarest, Paul Mathieu, Picot, Jean Berger, Guimbellot, Robert Monod, Bernard Desplas, Pierre Brocq, Boppe, Louis Michon, Gaudart d'Allaines, Braine, Sénèque, Wilmoth, Huet, Leibovici, Thalheimer, André Sicard, Seillé, Patel, Jean Gosset, Sauvage, Alain Mouchet, Jacques Hepp, Padovani, Rudler. D'autres, plus jeunes, continueront, eux aussi, la tradition : Boudreaux, Lortat, Jacques Huguier, Guénin, Rouvillois, Lucien Léger, Chigot, Cordebar, Debeyre.

D'autres encore ont été en province pratiquer une excellente chirurgie : Brisset (à Saint-Lô), Bachy (à Saint-Quentin), Bergougnan (à Evreux), Barraya (à Nice), Perrin (à Chalon-sur-Saône), Roger Simon (au Havre), Sautter (à Autun), Vialle (à Tours). A Tours même, le Directeur de l'Ecole de plein exercice, Guillaume-Louis, veut bien se dire mon élève, puisqu'il a été élève chez notre maître commun Terrier, quand j'y étais premier assistant ; de même le directeur de l'Ecole de Rouen, le professeur Née. Et aussi tous ceux qui sont venus de France ou de l'étranger assister à mes séances opératoires !

Tous ces élèves, déjà sélectionnés avant de venir près de moi, possédaient beaucoup de dons, mais ils les ont cultivés, ils ont su regarder, ils ont enregistré, ils ont pris ce qu'il pouvait y avoir de bon, ils ont négligé le reste, ils m'ont apporté des notions nouvelles que nous avons discutées avant de les adopter ; ils ont été des disciples, non des copistes, ils ont développé librement leur personnalité tout en acceptant un guide.

En 1908, je n'avais pas encore de service personnel et comme mon maître Terrier venait de prendre sa retraite, je fus très heureux de remplacer, pendant un an, à la Clinique chirurgicale de l'hôpital Necker, le professeur Paul Berger, empêché pour raisons de santé. Au bout de l'année, Paul Berger reprit la direction de son service, mais il devait succomber quelques jours après, de la plus belle mort que puisse souhaiter un chi-

rurgien : subitement, dans sa salle d'opération même, en pleine activité.

Les internes du service de Paul Berger, à Necker, furent donc les premiers internes attachés à moi personnellement et j'eus la joie d'avoir, ainsi, deux internes avec lesquels, grâce à une entente parfaite, une estime réciproque, une amitié sans mélange, je suis resté très lié depuis cette époque : Louis Bazy et Jean Berger.

Louis Bazy ! que j'ai vu franchisant successivement tous les échelons, les Hôpitaux, l'Académie de Chirurgie, pour parvenir à ce poste si recherché, Secrétaire général de l'Académie de Chirurgie. Les beaux éloges de nos chirurgiens illustres qu'il a pu prononcer chaque année, pendant cinq ans ! Il a su joindre, à une parfaite technique, toutes les plus belles qualités morales et il a acquis, en collaborant de longues années avec le professeur Vallée (d'Alfort), une compétence en biologie qu'aucun autre chirurgien ne possède à un tel degré.

Jean Berger ! un de mes fils spirituels, l'aîné, avec Desmarest, de mes fils spirituels. Après l'avoir eu près de moi, comme interne à l'hôpital Necker, puis comme assistant à la Salpêtrière, je l'ai compté parmi les si parfaits collaborateurs de mon ambulance pendant la guerre de 1914. Le Ciel lui a prodigué tous les dons : l'intelligence, le talent, le charme, la bonté ! Il avait le bonheur d'avoir un fils — mon filleul dont j'étais si fier — appelé à la plus haute destinée et qui vient de mourir, héroïquement, dans son avion, le jour de l'armistice.

Le professeur Paul Mathieu fut mon élève au pavillon de dissection, alors que j'étais prosecteur. A cette époque déjà, il savait tout. Il fut externe, puis interne chez mon maître Terrier dont j'étais l'assistant, de sorte qu'il m'est permis de dire qu'il a longtemps travaillé avec moi. Farouchement honnête et sincère, il s'est élevé sans jamais rien masquer de ce qu'il pense, et la création d'une chaire de « *Chirurgie de l'appareil moteur* » dont il est le premier titulaire, a été la juste récompense de son labeur acharné et de son grand talent. Alglave, Roux-Berger, Bréchot, Sauvé, Küss, Sorrel, Moure furent aussi un peu mes élèves chez Terrier.

De même notre doyen, le professeur Baudoin, a été, comme Mathieu, mon élève au pavillon de dissection et aussi élève dans le service de Félix Terrier. C'est peut-être en fré-

quentant les salles d'opération qu'il a pris le goût de la médecine expérimentale où il a pu développer sa forte personnalité.

Mon regretté ami, le professeur Crouzon, mes collègues le professeur Leroux, titulaire de la chaire d'anatomie pathologique, le professeur Abrami ont été aussi près de moi dans le service de Terrier.

Dans les conférences d'externat et d'internat que je faisais il y a bien longtemps avec quelques amis, j'ai vu, se laissant guider par nous dans la préparation de leurs concours, deux de mes collègues à la Faculté, le professeur Lereboullet, le professeur Guillain.

Que de noms j'ai sûrement oubliés ! J'ai été en rapport avec tant de personnalités chirurgicales, ou scientifiques ou artistiques, il y a tant de figures marquantes dans le monde médical, que je ne puis nommer tous ceux que j'ai approchés et appréciés. Je sais qu'ils m'excuseront, car ils m'aiment, donc ils me pardonnent.

D'autres de mes élèves ont été à l'étranger ou dans les colonies porter, j'en suis sûr, un peu de ce qu'ils ont appris ici, et surtout des sentiments d'estime et d'affection pour la chirurgie et les chirurgiens français. Dans les temps si sombres que nous traversons, je sais, je sens qu'en Roumanie, en Yougoslavie, en Grèce, en Turquie, en Argentine, au Brésil, au Pérou, en Indochine, aux Indes Néerlandaises, à Cuba, j'ai des amis dont le cœur est près du mien.

Ces amitiés que la chirurgie et les chirurgiens savent acquérir dans leur pays et à l'étranger, on peut en mesurer les heureuses conséquences dans les périodes douloureuses que toute nation peut, un jour, être amenée à traverser.

Je m'en suis aperçu, en septembre 1939, lorsque j'ai eu la grande satisfaction de recevoir d'une amie américaine, Madame Bishop, du grand artiste en coiffure Antoine, de Monsieur Théodore Mante (en souvenir de Robert Proust), des sommes importantes qui ont permis au service de santé de l'Armée d'équiper des ambulances pour chirurgie cranio-cérébrale.

Déjà, en 1920, cette générosité pour les œuvres chirurgicales, je l'avais constatée au moment de la construction de ma clinique de la Salpêtrière, lorsque j'avais reçu une donation de mon client et ami le baron Edmond de Rothschild. Fidèle à mon engagement envers moi-même de dire toujours toute la vérité, je complète en précisant que cette somme, ajoutée à

PORTRAIT DU CHIRURGIEN J.-L. PETIT,
SECRÉTAIRE DE L'ACADÉMIE ROYALE DE CHIRURGIE

BUSTE DU BARON DUPUYTREN (1779-1835)

celle, importante également, que ma femme et moi avons donnée à l'Assistance publique, à la même époque, représente le prix d'une salle de vingt-cinq lits.

En relisant ces lignes, je m'aperçois encore mieux de l'écueil du travail que j'ai entrepris : être obligé de parler de moi. Comment pourrais-je, cependant, faire autrement et pourquoi le moi serait-il haïssable ? Il faut faire table rase de cette hypocrisie, car si un chirurgien ayant une longue expérience vient à parler chirurgie, il peut être intéressant de l'entendre exposer ce qu'il a fait, et non ce que font les autres. A tort ou à raison, il croit être dans la bonne voie, et il pousse ses élèves à s'y engager eux-mêmes, sans les y obliger en aucune manière.

Je sais bien qu'il faut toujours avoir présent à l'esprit le conseil d'Emerson : « Je redoute l'autobiographie qui remplit la majeure partie, et parfois la totalité, de ce que disent les respectables personnes de ma connaissance ! »

Certains individus sont doués d'une grande adresse naturelle. De cela, il est facile de se rendre compte, dans le monde des étudiants en médecine, par exemple, dès que viennent à ouvrir, au début de chaque année scolaire, les pavillons de dissection. Sur une centaine d'élèves groupés dans un pavillon, et que l'on peut observer chaque jour pendant qu'ils dissèquent, il en est une dizaine qui sont vraiment adroits ; les quatre-vingt-dix autres... ne le sont certainement pas. La proportion des maladroits est peut-être moins grande aujourd'hui, grâce à la pratique excellente de certains jeux, de certaines constructions en fer auxquelles se livrent les enfants, car il importe de commencer, dès le jeune âge, à cultiver l'adresse, à apprendre à se servir de ses mains. Après quinze ans, il est déjà bien tard. Mon ami Collin, le directeur de la maison d'instruments de chirurgie Collin-Charrière, le constructeur de cet instrument admirable qu'est l'uréthrotome de Maisonneuve, Collin qui a formé tant d'apprentis, me disait, dans une conversation au début de ma carrière, vers 1900, que, passé quinze ans, il répugnait à prendre en apprentissage un jeune garçon, car l'expérience lui avait démontré qu'il était déjà bien tard, la maladresse congénitale ne pouvant plus être redressée suffisamment pour que l'apprenti artisan

devienne un maître. Je n'ai jamais été plus intéressé que pendant ces conversations dans le magasin de Collin. La vue des vitrines étincelantes avec l'acier brillant de tous ces beaux instruments me fascinait, comme une femme doit l'être chez le grand couturier.

Collin était inépuisable dans ses histoires sur la chirurgie et surtout sur les chirurgiens de 1850 à 1900. Il les avait tous fréquentés, car il passait ses matinées à parcourir, comme autrefois son beau-père Charrière, les services de chirurgie des hôpitaux de Paris, ce qui lui permettait de collaborer vraiment avec les chirurgiens. Le premier avec qui il collabora fut Maisonneuve. Collin, alors petit artisan, et qui ne dirigeait pas encore la maison Charrière, avait une modeste boutique passage Saint-André-des-Arts. Il voit un jour entrer chez lui Maisonneuve qui lui demande de construire, pour traiter les rétrécissements de l'urèthre, un appareil destiné à couper dans le canal tous les points rétrécis sans être aucunement offensif pour la muqueuse des parties du canal ayant conservé un calibre normal. Collin s'en acquitta à la perfection, et lorsque Maisonneuve fut en possession, dans la boutique de la rue Saint-André-des-Arts, de l'exemplaire définitif, il en fut tellement satisfait, me racontait Collin avec son fin sourire, qu'il tira majestueusement de sa poche un billet de cinquante francs et le lui tendit. Ce souvenir de ses débuts avait le don de mettre en joie mon ami Collin. C'est ce même constructeur si habile qui réalisa la valve avec appui fémoral de Doyen, instrument simple et parfait, et tant d'autres instruments si pratiques, si fins, si élégants pourrait-on dire, qui ont porté loin dans le monde la réputation de la célèbre maison française Collin-Charrière.

Les grands pianistes, les grands violonistes ont commencé à s'exercer dès le plus jeune âge.

Observez un ouvrier très habile, un menuisier par exemple, en train de clouer une caisse. Il enfonce les clous dans le minimum de temps, avec le minimum de coups de marteau, en somme avec une maîtrise qu'il est toujours agréable de contempler.

Mais l'adresse ou si l'on veut l'aptitude à se servir de ses mains avec le minimum de gestes, pour accomplir efficacement, dans le minimum de temps, le résultat désiré, ne constitue, pour un chirurgien, qu'un côté, et même qu'un petit côté de la question.

Beaucoup de qualités, autres que l'adresse, sont nécessaires à un chirurgien. Il lui faut une grande mémoire visuelle. Non seulement cette mémoire visuelle lui est très utile pour avoir à tout instant, devant les yeux, les moindres détails de l'anatomie, mais encore elle lui permet d'enregistrer tous les cas qu'il a eu l'occasion d'observer, de les rattacher les uns aux autres et, quand il en rencontre un inhabituel, de le classer immédiatement à côté de quelques cas semblables qu'il a déjà rencontrés, ce qui le ramène à des faits déjà connus, mais qui sont rares pour le commun des mortels, ou pour celui qui oublie, ou pour celui qui dirige un service comptant trop peu de lits.

Il faut, à un chirurgien, une vue excellente, mais il lui faut surtout un coup d'œil rapide, avec la réaction manuelle automatique nécessaire, comme chez un conducteur d'auto et surtout un pilote d'avion de course.

Un chirurgien doit être pourvu d'un toucher très délicat. Mon maître Terrier avait une légèreté de main légendaire. Que de malades l'ont choisi comme opérateur parce que, pratiquant sur eux le palper d'une région très sensible, il n'avait provoqué aucune douleur. La différence de palper d'un chirurgien à un autre est telle que certains malades chez lesquels un examen a été ce qu'il doit être, c'est-à-dire très délicat, non douloureux et cependant très renseignant, vous disent parfois, « mais vous ne m'avez pas examiné », parce que les chirurgiens qui vous précédèrent avaient provoqué plus ou moins de douleur. Demandez à un fracturé qui a subi plusieurs examens, quel est celui qu'il préfère parmi vos élèves, ce sera toujours celui qui a éveillé le moins de douleur, et c'est souvent un de ceux qui, dans votre esprit, étaient déjà classés comme riches d'avenir chirurgical.

Il existe, sur terre, un certain nombre de gens qui ont l'apanage de déplacer beaucoup d'air ; on peut dire, sans exagération aucune, qu'ils sont vraiment difficiles à supporter. Les mains d'un chirurgien ne doivent pas être comme ces personnages indésirables, elles doivent tenir aussi peu de place que possible, et, chez un aide, c'est une qualité que l'on goûtera particulièrement. Autant est précieux l'aide dont les mains n'encombrent pas le champ opératoire, et qui, toujours au moment voulu, fait le geste attendu et donne le fil désiré, autant est gênant celui dont les grosses mains, maladroites et trop zélées, paraissent être partout à la fois, en tout cas

sont toujours en désaccord avec les vôtres, qu'elles contrarient et heurtent à chaque instant.

A côté des qualités physiques, un chirurgien doit avoir un ensemble de qualités morales.

Il doit, avant tout, posséder une bonté inépuisable, un grand respect de la vie humaine, une crainte jamais en défaut pour la douleur des autres.

La santé est un bien magnifique dont on ne mesure toute la valeur que si l'on vient à en être privé pendant un certain temps. A la suite d'une crise douloureuse, quelle joie de ne plus souffrir et de pouvoir reprendre son activité ! L'homme est naturellement ingrat et il est peut-être nécessaire qu'il en soit ainsi, car il succomberait sous le poids d'une reconnaissance qu'il voit chaque jour augmenter envers ses semblables et surtout envers le Créateur. Le chirurgien qui, par une intervention heureuse, rend intégralement la santé à un pauvre malade qui souffre, à un malformé qui attire les regards de la foule, à un malheureux atteint d'un cancer, s'égale vraiment aux dieux, mais pour être digne de cette grandeur, il faut que le chirurgien n'en abuse jamais, qu'il traite les autres comme il voudrait être traité lui-même, qu'il ne fasse aux autres que ce qu'il voudrait qu'on lui fît, qu'il mette tout en œuvre pour sauver la vie, pour prolonger même ceux qui lui paraissent condamnés (rappelez-vous la fable de La Fontaine, *La mort et le bûcheron*), qu'il possède une bonté active et rayonnante, qu'il reste simple, bon et humain, que le succès ne le fasse pas changer et le rende au contraire encore plus simple, encore plus modeste, encore plus compatissant. Heureux le chirurgien qui n'est pas un astre froid ! Que de chirurgiens n'ont qu'à paraître dans la chambre de leurs malades, pour que ceux-ci se sentent, tout de suite, soulagés, moins misérables, plus vaillants. Heureux ceux qui sont doués d'un tel pouvoir, ils feront beaucoup de bien dans leur vie, et souvent sans s'en rendre compte : c'est alors qu'on peut évoquer le don.

Un chirurgien doit être hermétique et ne jamais laisser paraître sur sa figure le moindre signe d'inquiétude, dans son œil le moindre reflet qui puisse faire supposer qu'il est préoccupé quant à la nature de la maladie et quant au pronostic opératoire.

Au point de vue des émotions et de la fatigue que peuvent éprouver les chirurgiens, ce qui m'arriva lors de la blessure

du président Doumer est tout à fait caractéristique. J'avais été appelé d'urgence, l'après-midi du 6 mai 1932, à l'hôpital Beaujon, près du président Doumer qui venait d'être victime d'un attentat. Le Président de la République avait reçu deux balles ; l'une avait sectionné l'artère axillaire droite, et provoqué une très abondante hémorragie, puisqu'à l'endroit où était tombé le blessé il y avait sur le parquet une énorme mare de sang ; mais, à cette blessure, qu'il était facile de traiter, s'en ajoutait une autre terriblement grave. La seconde balle, en effet, était entrée immédiatement en avant du tragus gauche et, traversant toute la base du crâne, était ressortie sur la ligne horizontale qui part de la commissure externe de la paupière droite pour rejoindre l'oreille. Chez le président Doumer, qui était un dolichocéphale, cette ligne mesurait dix centimètres exactement, et c'est à trois centimètres en arrière de la commissure, par conséquent à sept centimètres en avant du pavillon de l'oreille, qu'était sortie la balle. Ces mensurations furent pratiquées, post mortem, par mon ami le docteur Paul, médecin-légiste. Or, il résulte de coupes anatomiques faites dans son laboratoire de la Faculté de Médecine par mon ami le professeur Rouvière, en présence du professeur Cunéo et de moi-même, qu'une telle blessure, avec une telle direction, atteint *toujours* une des artères carotides internes, au niveau du sinus caverneux, quelquefois même les deux sinus caverneux. Le président Doumer avait sûrement une lésion du sinus caverneux droit, car, vers huit heures du soir — alors que la blessure remontait à trois heures de l'après-midi — il se produisit une exophtalmie droite très marquée. Aussi le Président succomba-t-il dans le coma, avec des phénomènes cérébraux, vers 4 heures du matin. Sauf quelques minutes pour prendre un léger dîner, j'étais resté près de lui douze heures consécutives, et malgré la tristesse de cette mort, malgré les responsabilités morales que je ne me dissimulais pas, je n'éprouvais aucune fatigue. Au moment de rentrer chez moi, dans la cour de l'hôpital Beaujon, mon chauffeur crut que j'étais monté dans l'auto et partit en me laissant démuni de tout moyen de transport, alors que je comptais regagner mon domicile confortablement installé dans ma voiture. Ce fut une grosse déception, avec la perspective de faire une partie du chemin à pied. Toute la fatigue latente accumulée s'abattit alors sur mes épaules, et je sentis pendant quelques instants une terrible lassitude. Je réagis rapidement et ne pensai plus qu'avec philo-

sophie à tout ce que cet assassinat allait déchaîner de malheur, et, aussi, je pensai un peu à moi-même, car j'avais trop d'expérience des choses de la vie, pour ne pas prévoir que, pour certains de mes collègues, le véritable assassin, ce serait, non pas celui que l'on avait arrêté, mais le chirurgien qui avait opéré, puisque je n'avais pu sauver la vie du Président.

Dans la carrière d'un chirurgien, avec, chaque jour, de nouveaux problèmes angoissants, il est nécessaire d'avoir un guide, un conseiller auquel on puisse s'adresser en pensée pour se demander : qu'aurait fait mon maître en pareil cas. Je crois bien qu'il en est ainsi pour tous ceux qui portent de lourdes responsabilités. Pour ma part, que de fois, et toujours avec succès, me suis-je posé la question : qu'aurait fait, dans un cas pareil, mon maître Terrier? La question posée, je n'avais plus une hésitation. Je savais, de la façon la plus éclatante, que, dans le doute, il ne se serait pas abstenu, que, devant un cas désespéré, n'y eût-il qu'une chance sur mille, cette chance il l'aurait tentée ; que devant une responsabilité grave, et même s'il y avait un moyen honorable de la fuir, il ne l'eût pas essayé, et enfin qu'une fois l'échec subi, il ne se plaignait jamais et, avec stoïcisme, acceptait toutes les conséquences, quelles qu'elles fussent. Un chirurgien éprouve de terribles responsabilités, de grandes déceptions. Il doit tout accepter sans se plaindre, il doit se taire en prenant la résolution de faire, à l'avenir, si possible, encore mieux. Celui qui, pour expliquer un insuccès, incrimine ou ses aides, ou une installation défectueuse, ou le malheureux opéré lui-même, n'est pas digne d'exercer la plus noble profession qu'il y ait au monde, celle de chirurgien.

Cette attitude, la seule qu'un chirurgien digne de ce nom puisse adopter, peut le faire passer pour indifférent ; qu'importe ! Je me rappelle le cas d'un pauvre petit arriéré auquel mon maître Terrier avait pratiqué l'opération proposée par Lannelongue, la craniotomie qui avait pour but (?) de permettre au cerveau de se développer. Les suites opératoires furent mauvaises et l'enfant succomba. Le médecin, un neurologue distingué, un peu théâtral, prenait devant la famille une attitude désolée. Un jour, il alla même jusqu'à exprimer ses regrets de voir disparaître ainsi une intelligence qui aurait peut-être été grande. Félix Terrier, lui, ne disait rien, mais n'en était pas moins très attristé d'enregistrer un échec opératoire. Aussi les parents considéraient-ils Terrier comme un

homme dépourvu de toute pitié, alors qu'ils ne tarissaient pas d'éloges sur la bonté de cœur du médecin qui, un jour, en descendant l'escalier, avait cependant dit, le plus tranquillement du monde, à son collègue Terrier qui me le raconta : « Après tout, ce ne sera qu'un idiot de moins. »

Chaque année, avec une méthode de plus en plus parfaite, avec une technique de plus en plus simplifiée et de plus en plus sûre, surtout avec l'autorité, l'assurance que donnent les bons résultats et les guérisons de plus en plus satisfaisantes en quantité et en qualité, le chirurgien vraiment passionné de son métier s'attaquera à des cas de plus en plus difficiles. Il saura mieux préparer ses malades à l'acte opératoire, il dépistera mieux à l'avance les complications qui pourraient se produire, et si elles viennent quand même à éclater, il sera mieux en mesure, grâce à l'arsenal thérapeutique qui chaque année se perfectionne, d'y parer avec succès et de sauver des opérés qui, autrefois, entre ses mêmes mains, eussent peut-être succombé. Vous objecterez que si, chaque année, un chirurgien devient meilleur, la conséquence est que plus on est avancé en âge, plus on est apte à faire de la chirurgie. Il est inutile de perdre du temps à s'étendre longuement sur ce point. C'est un cas d'espèce : des chirurgiens de cinquante ans sont déjà bien fatigués ; d'autres, à soixante-cinq ans et plus, sont encore excellents. Tout est question de cas particuliers, mais ce que je voudrais faire émerger comme idée dominante, c'est que, plus un chirurgien jouit d'une méthode impeccable, d'une bonne organisation, de bons assistants, de bons anesthésistes, d'un bon personnel pour les soins post-opératoires, plus tard vient le déclin. On peut donc le conjurer, ce déclin. Mon maître Terrier, à 70 ans, opérait d'une façon parfaite et ses résultats étaient meilleurs que dix ans auparavant, parce que la chirurgie qu'il pratiquait à 70 ans était plus précise et plus simple que celle qu'il réalisait à 60 ans, et qu'il avait conservé l'acuité de la vue et la sûreté de la main.

Il ne faut pas, du reste, redouter la vieillesse, car elle comporte un certain nombre d'avantages et Emerson le dit dans la perfection : « J'ai atteint l'autre jour le terme de ma cinquante-septième année et n'ai jamais été plus optimiste qu'aujourd'hui. Je n'ai jamais pu prêter beaucoup de réalité au mal et à la douleur. Si ma femme me dit qu'il peut bien se faire que ma tumeur d'épaule soit un cancer, je me contente de lui répondre : Et puis ? »

La douloureuse rançon de la vieillesse, c'est qu'on voit disparaître, un à un, tous ses amis. A ce point de vue, comme le disait mon maître Guyon, on vit toujours trop longtemps. J'ai vu disparaître Robert Proust, Dujarier, Léon Bernard, Ravaut, Crouzon. Que de douleurs !

Aucune difficulté ne doit arrêter un chirurgien, car sauf les cas de cancers trop envahissants, il y a toujours une solution propre à la vaincre. Si le chirurgien est bien persuadé, en commençant une opération, qu'il doit s'attendre à tout — comme dans la vie du reste — et qu'il y a toujours une solution, qu'il est maître de tout, alors, en parfaite tranquillité, en pleine possession de tout son sang-froid, de tous ses moyens, il arrivera à sortir victorieux des cas les plus compliqués.

Je voudrais exposer ici, tirés de ma pratique, quelques cas complexes, dont une bonne méthode m'a permis de sortir aisément.

Le 18 avril 1934, j'enlevai une tumeur solide du rein droit. C'était une énorme tumeur. Après avoir sectionné l'uretère, on la libéra aisément sur tout son pourtour, sauf en un point où veine cave inférieure et tumeur adhéraient intimement. Il était impossible de décoller cette adhérence. Il fallait choisir entre deux solutions : laisser un petit fragment de la tumeur adhérer à la veine cave, ce qui était la solution facile, ou au contraire réséquer un fragment de la veine cave, ce qui permettrait une ablation complète. Or, comme j'ignorais la nature exacte, bénigne ou maligne, de la tumeur, je n'hésitai pas un instant à adopter la dernière manière de faire et, passant sur le bord droit de la veine un clamp [1] courbe, peu offensant, je pus enlever toute la tumeur avec un fragment du bord latéral droit de la veine cave, sur une longueur de cinq centimètres. La brèche veineuse fut suturée à la soie fine au moyen d'un surjet à points très rapprochés, et lorsque fut enlevé le clamp mousse, la suture de la veine cave inférieure se montra parfaitement étanche, sans le moindre suintement sanguin, sauf cependant sur la partie tout à fait inférieure de la suture, où du reste il disparut spontanément, après quelques secondes, sans même qu'on ait été obligé de faire la moindre compression. Il n'y eut, après cette opération, aucun trouble vasculaire, aucun phénomène de stase, et comme la tumeur se montra, à un premier examen histologique, de nature béni-

1. Sorte de pince longue.

gne, j'étais presque tenté de regretter la résection partielle de la veine cave dont j'avais réduit le calibre de moitié, mais nous étions au-dessous des veines rénales.

En effet, j'ai entrepris, avec Paul Lecène, en 1904, des recherches expérimentales sur le chien, à propos de la ligature *brusque* de la veine cave inférieure (Tribune médicale, 1904). Nous avions ainsi posé le problème : au cours d'une néphrectomie droite difficile, un chirurgien blesse la veine cave inférieure ; quelle conduite doit-il tenir en pareil cas ? Il peut : 1° Faire la ligature de la veine cave au-dessus et au-dessous du point déchiré ; 2° faire la ligature latérale ou, si celle-ci est impossible, la suture de la veine. Voici quelles avaient été nos conclusions : 1° la ligature du tronc de la veine cave inférieure au-dessous de l'abouchement des veines rénales ne s'accompagne d'aucun phénomène pathologique ; il n'y a même pas trace d'œdème des membres inférieurs ; 2° la ligature du tronc de la veine cave inférieure au-dessus de l'abouchement des veines rénales provoque des lésions graves du rein, malgré l'existence d'anastomoses entre les veines rénales et les systèmes cave et azygos ; la mort résulte toujours de cette ligature ; 3° la double ligature du tronc de la veine cave inférieure, au-dessus et au-dessous de l'abouchement des veines rénales, provoque également des lésions graves des reins qui entraînent rapidement la mort. Enfin, si, à cette double ligature, on ajoute une néphrectomie droite, pour se rapprocher des conditions de l'observation humaine, il n'y a rien de changé au résultat de l'expérience et la mort survient aussi rapidement.

Dans mon cas, j'aurais très bien pu, puisque nous étions au-dessous des veines rénales, me contenter de la simple ligature de la veine cave, comme le montraient nos expériences avec Lecène, mais nos expériences datent de 1904, époque où les sutures vasculaires étaient moins faciles à exécuter qu'aujourd'hui. Aussi, en 1936, j'ai préféré pratiquer la suture latérale de la veine et j'ai bien fait.

L'examen histologique montra une tumeur bénigne, un fibro-myome, au moins dans les régions où avaient été pratiquées les coupes. Quelques années après, cette malade revint dans le service avec une grosse récidive abdominale. Reprenant des fragments en d'autres points de la tumeur conservée au laboratoire, mon fidèle collaborateur Ivan Bertrand trouva qu'il s'agissait, en vérité, non pas d'un fibro-myome, comme

il l'avait pensé lors de ses premiers examens, mais d'une tumeur sarcomateuse.

Ce cas intéressant a été publié, et voici la note que m'a remise Ivan Bertrand sur la structure d'un noyau cutané qui fut enlevé, chez cette malade, pour examen anatomo-pathologique : « Les fibres musculaires sont moins bien différenciées et, en quelques points, la transformation sarcomateuse est indéniable, en raison des mitoses nombreuses et des monstruosités nucléaires. »

Le premier cas grave que j'eus la satisfaction de guérir remonte à une quarantaine d'années. C'était en 1898, j'avais 26 ans, j'étais interne de quatrième année à l'hôpital Bichat, dans le service du professeur Terrier. Les deux autres internes étaient mon ami Bernard Cunéo qui a fait ensuite la carrière que tout le monde connaît, et Guillemain qui alla exercer quelques années à Neufchâteau. On vint me chercher, un soir, vers 8 heures, à la salle de garde, pour un blessé qui, une heure auparavant, avait reçu dans l'abdomen une balle de revolver. C'était dans une des périodes les plus aiguës de l'affaire Dreyfus, et ce blessé, Olivier, le secrétaire général d'un journal de l'époque, *La Lanterne* avait été blessé par Madame P... qui, se croyant insultée dans ce journal par un article paru sous la signature d'un conseiller municipal nommé Turot, avait décidé de se venger et de tuer le directeur politique de *La Lanterne*, Alexandre Millerand, alors au début de sa carrière. Madame P... ne connaissait pas Millerand ; elle entre dans le cabinet du secrétaire où elle se trouve en présence d'Olivier sur lequel, par erreur, elle tire une balle de revolver, qui l'atteint à l'abdomen. Olivier fut transporté d'urgence à Bichat, et lorsque je me rendis au bureau des entrées, je trouvai, à côté du blessé geignant, couché sur une civière, deux de ses amis qui déclinèrent leur nom, Alexandre Millerand et André Lefèvre. André Lefèvre, qui devint à partir de ce moment et pendant de très longues années mon ami, m'indiqua qu'il était membre du Conseil de surveillance de l'Assistance publique, qu'il avait téléphoné à Henri Hartmann, alors assistant de Terrier et que l'on appelait toujours pour les urgences, que celui-ci était absent et que, dans ces conditions, il me priait d'opérer son ami. Je n'en demandai pas plus long et tout de suite pratiquai l'opération de la laparotomie pour constater les dégats qu'aurait pu causer la balle. Guillemain endormit le blessé, Cunéo voulut bien m'aider et je pus cons-

tater que le projectile avait causé dans l'abdomen, sur différents anses grêles, neuf perforations. Ces perforations étaient doubles sur quatre anses grêles, ce qui faisait huit perforations, et la neuvième perforation, ayant atteint le bord libre d'une anse, ne consistait qu'en un seul orifice. Les lésions étaient très récentes, il n'y avait pour ainsi dire pas d'épanchement dans le ventre, il n'y avait pas d'arrachement mésentérique. Chaque perforation fut facilement suturée au moyen d'un petit surjet en bourse à la soie fine avec enfouissement, et le blessé, qui avait une quarantaine d'années, guérit très simplement. Grâce à la bonne anesthésie donnée par mon ami Guillemain, grâce à l'aide excellente de mon ami Cunéo, et surtout grâce à la parfaite organisation du service, j'avais pu obtenir un beau succès opératoire, et cela sans la moindre émotion ou inquiétude. Mais lorsque je lus, le lendemain, dans les journaux, qu'il s'agissait d'un journaliste connu, que le drame était lié à l'affaire Dreyfus, j'éprouvai, je puis l'avouer, une très grande appréhension, car je craignais bien que mon opéré ne succombât. Il guérit le plus facilement du monde, les journaux parlèrent beaucoup de ce cas, mon nom fut, par bonheur, rarement prononcé, et c'est seulement quelques années après que l'on sut que l'heureux opérateur était l'interne de Félix Terrier. Je reconnais bien volontiers que ce succès, dû surtout à ce que nous enseignait Terrier sur le traitement des plaies de l'abdomen par balle et à l'admirable organisation chirurgicale que, dès cette époque il avait pu réaliser, eut sur les débuts de ma carrière chirurgicale la plus heureuse influence ; avant tout, il me donna confiance en moi. Mon maître Félix Terrier voulut bien y voir le triomphe de sa méthode (il avait absolument raison), et surtout un heureux succès pour moi qu'il traitait comme un fils. Les conséquences de cette guérison furent aussi très heureuses pour la personne qui avait tenu le revolver. Lorsque les jurés virent, aux Assises, à côté de la responsable, la victime bien guérie, solide sur ses jambes, avec une mine florissante, ils n'hésitèrent pas à acquitter. Heureuse conséquence d'un acte chirurgical qui n'a de mérite que par l'époque où il fut accompli : 1898 !

Les jeunes générations qui ne voient leurs Maîtres que lorsqu'ils sont arrivés, ne peuvent comprendre que, tous, nous avons eu des débuts difficiles, et que le succès exige beaucoup d'efforts. Je me rappelle que, lors de mon installation dans un

modeste appartement de la rue Hautefeuille, près de l'Ecole de Médecine, en 1900, je disposais, en tout, d'une somme de cinq cents francs. Je m'empressai de faire installer le téléphone, de faire mettre un simple matelas sur le parquet de ma chambre à coucher et d'aller acheter une statue de la Victoire de Samothrace, en plâtre colorié. Cette statue, posée sur la cheminée, était si belle à contempler ! Quelques jours après, on me demanda pour aller opérer en province. Je ne pouvais prendre le train, faute de la somme nécessaire ; j'étais un peu ennuyé, lorsque vint me consulter un couple de jeunes mariés qui avaient un conseil à me demander. Grâce au prix de cette consultation, je pus prendre le train et aller opérer. Depuis lors, je n'ai jamais eu le moindre souci d'argent, ce qui est une condition indispensable pour pratiquer, en toute indépendance, la chirurgie.

La vie était facile, vers 1900. J'étais célibataire et j'avais une domestique, très brave fille, qui passait parmi mes amis pour une remarquable cuisinière, alors qu'elle savait à peine préparer une côtelette et des pommes frites, mais elle avait imaginé un système parfait pour s'en tirer à son honneur. Tout ami qui venait me voir vers l'heure du déjeuner était, par elle, prié avec insistance, d'attendre mon retour, pour partager mon repas. Elle téléphonait alors à un célèbre restaurant tout proche, le restaurant Foyot, qui a été démoli récemment pour agrandir la place qui est devant l'entrée du Sénat, et demandait, tout simplement, d'envoyer le plat du jour. Cette pratique se répétait assez souvent, et cependant, à la fin de l'année, la note à payer était vraiment insignifiante. Heureuse époque !

J'ai toujours beaucoup aimé les chevaux, et dès que je fus agrégé, je pus acheter mon premier cheval de selle. Bientôt, j'eus plusieurs chevaux, bien installés dans une écurie parfaitement organisée dans la forêt de Compiègne, près du charmant village de Vieux-Moulin. Or, en toute sincérité, je ne puis me rappeler ce que me coûtait cette écurie, c'était une somme vraiment très peu élevée. Avant 1910, les préoccupations d'argent n'existaient pas !

Le travail d'un chirurgien des hôpitaux de Paris pourrait être beaucoup mieux compris. Dans beaucoup de pays étrangers, le chirurgien ne travaille que dans un seul endroit qui est l'hôpital, il peut alors y consacrer toute sa journée, toutes ses forces, toute son activité. Tous les malades, quelle que soit

leur situation sociale, viennent s'y faire opérer. Quelle économie de temps, quelle économie de fatigue !

En France, sous un régime professionnel qui, je l'espère, a vécu, et dont je demande avec conviction la suppression depuis mon premier voyage en Allemagne, vers 1902, le chirurgien opère dans deux endroits, quand ce n'est pas trois. A l'hôpital, il opère les malades non payants, il y passe chaque matin deux à trois heures et ne touche en réalité, pour ce travail, aucun traitement, mais seulement une indemnité annuelle d'une dizaine de mille francs, et cela seulement depuis dix ans. Autrefois, il ne touchait rien, mais une indemnité de cent francs par mois (je dis bien cent francs) pour ses frais de déplacement. Dans sa maison de santé, il opère les malades de ville. Je connais pour ma part un chirurgien qui, outre son service officiel de l'Assistance publique et sa maison de santé, dirige un hôpital privé où il opère un certain nombre de malades gratuits et des malades de la classe moyenne, et cela depuis trente ans. Il lui faut donc, chaque matin, faire deux longues séances opératoires, dans deux endroits distants l'un de l'autre, et, sans perdre de temps, travailler de huit heures à midi et demi. Quel soulagement, quelle diminution de fatigue, s'il pouvait concentrer tout ce travail dans le même endroit !

Je me rappelle avoir, en 1902, passé quelque temps de bon travail fructueux dans la clinique chirurgicale de Heidelberg, alors dirigée par le professeur Czerny. Le premier matin où je suivis ses opérations, il avait commencé, comme toujours, ponctuellement, à huit heures un quart. Les étudiants garnissaient les bancs de l'amphithéâtre, il pratiqua quelques opérations simples, fit examiner fort superficiellement un malade par un étudiant, et, à dix heures, annonça aux élèves qu'ils pouvaient se retirer. En quelques secondes l'amphithéâtre fut vide et s'adressant à moi qui lui avais été présenté par son assistant Kaposi — que j'avais connu à Paris chez mon maître Terrier — il me dit : « Eh bien ! maintenant, nous allons pouvoir travailler. » Il fit alors, avec beaucoup de talent, une cranioplastie par dédoublement, puis il me déclara : « je vais opérer dans ma clinique privée, voulez-vous venir avec moi ? » et, comme je me préparais à me diriger vers le vestiaire, il se mit à sourire : « Mais non, ma clinique privée est ici. » Il traversa en effet, un couloir d'une dizaine de mètres, et dans une salle d'opération particulière, il fit deux interventions sur des malades de ville ; une, entre autres, était

une opération économique pour sarcome à myéloplaxes de l'extrémité supérieure du tibia. Cela étant terminé, il s'assit quelques instants pour prendre un peu de viande froide, et retourna à sa clinique officielle où, en son absence, son premier assistant, Simon, avait continué d'opérer. Il reprit le bistouri pour faire, entre autres opérations, une désarticulation de l'épaule, et enfin, à une heure, sa bonne matinée de travail était terminée. Il voulut bien me dire qu'il recevrait encore l'après-midi quelques malades particuliers, puis irait faire une promenade dans « l'allée des philosophes », la belle promenade qui domine Heidelberg et que, le soir, enfin, il avait invité à dîner un de ses assistants, Volcker, qui s'occupait plus particulièrement des voies urinaires, et qui le mettrait au courant d'une nouvelle opération dont on commençait beaucoup à parler, la prostatectomie. Je n'ai pas, heureusement pour moi, le défaut d'envie, mais ce jour-là, cependant, j'ai envié la belle vie, si bien ordonnée, si calme, sans fatigue excessive et avec un si magnifique rendement, d'un grand chirurgien allemand. Je sais bien que Heidelberg n'est pas Berlin et que la vie de deux chirurgiens que j'ai suivis plus tard à Berlin — Fédor Kraüse et Körte — m'a paru moins facile. C'est vers cet idéal de vie du chirurgien allemand de Heidelberg que nous devons cependant tendre, nous les chirurgiens français, même si nous habitons Paris. J'ai déjà exprimé ce vœu, en 1937, dans le livre sur Félix Terrier.

J'ai vu mon maître Guyon, j'ai vu mon maître Terrier, alors fort âgés, avoir des journées de travail terriblement remplies, et qu'une organisation meilleure, sans ces grands déplacements qu'exigent forcément plusieurs centres de travail, aurait rendues plus fructueuses encore, avec beaucoup moins de fatigues. C'est aux jeunes générations qui viennent derrière nous à accomplir ces réformes. Elles seront alors plus heureuses que moi, qui ai combattu, sans y réussir, pendant près de quarante années, pour les faire aboutir, dans l'intérêt de la collectivité, alors que, pour moi-même, à force de ténacité, j'étais cependant arrivé, en partie, à résoudre le problème.

Il n'y a aucune raison pour que, devant la maladie et la chirurgie, il y ait plusieurs catégories de citoyens. La première organisation logique des malades dans les hôpitaux me fut révélée, dans son entier, vers 1902, alors que je visitais, à Berlin, l'hôpital Virchow. Le directeur, qui m'avait fait longuement visiter ce bel hôpital, m'expliqua ensuite, sur ma

demande, comment les malades y étaient reçus. L'hôpital, comme tous les hôpitaux allemands, recevait trois catégories de malades. Les uns, les indigents, présentaient une carte de leur mairie et étaient opérés et soignés gratuitement, dans la salle commune ; d'autres présentaient leur carte d'assurance sociale, et les caisses payaient, à la fois, et l'hospitalisation, et le chirurgien. D'autres enfin, qui n'étaient ni indigents, ni assurés sociaux, payaient intégralement les frais de séjour et les frais de chirurgien. Cette organisation me parut parfaite, et, dans un hôpital privé, l'hôpital de la rue Antoine-Chantin, qui fut ouvert en 1912, je pus réunir ces trois catégories d'opérés : les uns ne payant rien, d'autres payant le tarif des assurances sociales, et d'autres, enfin, donnant à la maison et au chirurgien, un tarif plein. Grâce à cette organisation, l'hôpital de la rue Chantin fonctionne depuis vingt-huit ans, en bouclant chaque année son budget, et je continue à penser que, pour les hôpitaux, c'est la seule formule pratique et viable.

Malgré toute une longue existence d'un labeur qui n'a jamais fléchi, je me rends compte que, dans la vie d'un chirurgien, on pourrait faire beaucoup mieux. Quand j'étais jeune et que j'exposais les rêves, les projets à longue échéance que la vieillesse ne peut plus se permettre, quand je me livrais à ces projets devant les assistants de mes premières années de chef de service, vers quarante ans, j'ai souvent décrit le « couvent chirurgical » que je voulais fonder, un nouveau collège de Saint-Côme. Un véritable couvent, en pleine campagne, loin de l'agitation des villes, dans une belle contrée riante, dans le calme et la méditation, si possible près d'une forêt ou au voisinage d'une rivière (vous verrez tout à l'heure pourquoi) où la journée se passerait à opérer, à examiner des malades, à travailler dans les laboratoires, un travail de sept heures du matin à midi, puis encore quelques heures l'après-midi, jusque vers quatre heures. Alors chacun se livrerait à son sport favori, chasse, équitation, pêche, etc. Puis dîner en commun (le déjeuner étant très léger et vite expédié) et, enfin, dans la soirée, une heure de bon repos, de musique, de lecture, une partie d'échecs, et coucher de bonne heure pour recommencer le lendemain, dans le même admirable lieu, cette existence merveilleuse de chirurgien. Aucune préoccupation d'argent, sauf pour le comptable qui doit gérer la maison. Aucune ambition, sauf celle de collaborer à la marche

d'un centre chirurgical supérieur à la plupart des autres. Aucune envie, aucune jalousie, seul le désir d'avoir des résultats meilleurs chaque année. Dans un tel centre chirurgical, heureux les malades qui viendraient s'y faire opérer, plus heureux encore les chirurgiens qui y exerceraient leur art si bienfaisant.

L'exposé séduisant que je traçais devant mes assistants était toujours accueilli avec un doux sourire et les objections ne manquaient pas. Eh bien ! malgré tout ce que ce projet peut comporter de chimérique, je reste persuadé qu'un jour viendra où un chirurgien doublé d'un sage — le fait n'est pas impossible — réalisera ce rêve et passera ainsi la vie la plus utile et la plus heureuse qui se puisse imaginer.

Le contact avec la nature, la vue des arbres, de la campagne, ce sont les meilleurs délassements pour tout homme d'action. Même en 1890, quand il n'y avait que des voitures à chevaux, les chirurgiens très occupés aimaient les environs de Paris pour aller s'y reposer chaque soir pendant l'été, tout en gardant la faculté de venir quelques heures à Paris. Mon maître Félix Guyon nous a tous reçus, nous, ses élèves, dans sa magnifique propriété de Louveciennes. J'ai vu Tuffier habitant également Louveciennes, en bordure de la forêt de Marly. Moi-même, j'ai habité plusieurs années l'Etang-la-Ville, le village où Dupuytren passait ses vacances. J'avais, à quelques centaines de mètres, les fourrés de la forêt de Marly. A cette époque, (1905), la forêt était peu fréquentée, l'autodrome de l'ouest, personne n'y songeait, et, dans les promenades à cheval, on rencontrait peu de promeneurs, mais on voyait de charmants couples de chevreuils. Les temps sont changés !

De combien de prudence il faut user avec les malades. Ne remettez jamais à un malade — sauf s'il s'agit d'une affection bénigne — une lettre pour son médecin contenant des choses graves, car il y a bien des chances pour que le malade, même si la lettre est bien cachetée, s'empresse de l'ouvrir et d'en prendre connaissance. Il n'attendra même pas d'être dans la rue pour la décacheter, il l'ouvrira dans l'escalier.

Prenez garde aux questions insidieuses que peuvent vous poser certains malades, surtout des médecins, et qui cachent des pièges. Je me rappelle l'histoire qui arriva au grand neu-

rologue Babinski et qu'il me conta lui-même. Il fut consulté par un chirurgien, ancien interne des hôpitaux, qui exerçait dans une ville de l'Afrique du Nord. Ce chirurgien craignait une affection nerveuse grave, et Babinski diagnostiqua en effet un début de maladie de Parkinson, mais n'en dit naturellement rien au chirurgien. Celui-ci, au moment de quitter son consultant, lui posa incidemment la question suivante : « J'opère beaucoup, dans ma ville africaine, mais on me propose un très beau poste dans une grande compagnie, où je n'aurai malheureusement plus à opérer, mais ce poste est très intéressant à beaucoup de points de vue, et même agréable. Que me conseillez-vous ? »

Le grand neurologue n'hésita pas une seconde à conseiller ce poste de tout repos. Le chirurgien avait compris. Rentré chez lui, il se suicida. Cela se passait aux environs de 1905.

Ne vous hâtez pas de remettre aux familles des pronostics trop fermes, si vous n'êtes pas cent fois certain de ne pas vous tromper. Je me rappelle avoir, au début de ma carrière, conduit, avec mon ami Ladislas Landowski, au plus grand radiologue de l'époque — la radiologie était tout à fait à ses débuts — une malade atteinte d'une affection pulmonaire bizarre. L'examen radiographique révéla, dans un des poumons, une grosse opacité centrale et le radiologue conclut à un cancer du poumon. Nous fîmes un certificat très précis pour le communiquer aux enfants de la malade et nous le signâmes tous les trois. Je verrai toujours Ladislas Landowski descendant l'escalier du radiologue — c'était rue La Boétie — avec notre beau certificat à la main. Tout à coup, il l'enfonça au plus profond d'une de ses poches en me disant : « Attendons, il sera toujours temps de le remettre aux enfants. » Il eut mille fois raison, car dix ans après, cette malade, que je voyais de temps en temps avec lui, était toujours en vie.

J'ai vu, au contraire, d'autres malades, atteints d'affections cancéreuses, qui exigent qu'on leur dise la vérité. Dans certains pays — et peut-être se cache-t-il sous cette habitude de très respectables préoccupations d'ordre religieux — on avertit les malades atteints de cancer de la nature exacte de leur mal, et j'ai examiné plusieurs malades étrangers qui, venant me consulter, me dirent, comme entrée en matière, qu'ils étaient fixés sur la nature de leur affection et que leur médecin les en avait prévenus, en indiquant même le nombre de mois qu'il leur restait à vivre. Que faire en pareil cas ? C'est

une question de tact pour le chirurgien et, suivant la mentalité du malade que l'on a devant soi, on saura trouver les mots qu'il faut dire, en se rappelant que la commisération, que la pitié, que la bonté sont les qualités que le chirurgien doit cultiver avant toutes les autres.

Il faut qu'un chirurgien soit entreprenant, audacieux, avec mesure cependant, et c'est cette mesure justement qu'il est difficile de tenir, mais il faut surtout qu'un chirurgien ne soit pas timoré ! Que de timorés, avec les meilleures raisons apparentes, ont laissé mourir des malades que d'autres plus audacieux auraient opérés et sauvés.

Il a été écrit, il y a une trentaine d'années, un livre curieux : *Le mal nécessaire*. Dans ce livre, l'auteur, le docteur André Couvreur, met en scène un grand chirurgien et montre que tout est permis, en chirurgie, pour progresser. Ce n'est pas exact, mais la question s'est déplacée. Il est permis aujourd'hui, avec la méthode aseptique, de tenter des opérations qui ne comportent plus les risques d'autrefois.

Il faut que l'audace du chirurgien soit en raison de sa valeur, de son expérience et de sa méthode opératoire. Tel cas qui paraîtra difficile à l'un et impossible à opérer à tel autre, sera très facilement opérable pour un troisième. Ce qui freine le chirurgien, ce sont les insuccès. Or, les insuccès sont dûs en général à un manque de méthode. Prenons par exemple, le cas d'un cancer du colon ascendant ou de l'angle droit. Si le chirurgien a soin d'opérer en deux temps, de faire, dans le premier temps, une anastomose de l'iléon avec le transverse, et dans un second temps, vingt à trente jours après, de pratiquer l'ablation, suivant des règles très simples, très logiques et bien connues aujourd'hui, l'opération, qui est cependant une opération sérieuse, presque toujours pratiquée sur des gens âgés, l'opération se montrera, on peut vraiment le dire, une opération bénigne.

Pour qu'une opération soit bien conduite et réussisse, il faut que le chirurgien n'en éprouve d'avance, aucune inquiétude, aucune émotion ; il faut qu'il soit au-dessus de sa besogne. Le plus beau compliment que j'aie reçu au cours de ma carrière, c'est celui que me fit un jour le président Georges Clemenceau qui était venu assister à une de mes séances opératoires. C'était vers 1920, j'avais pratiqué devant lui plusieurs interventions : l'ablation d'une vésicule biliaire calculeuse, l'ablation d'un fibrome, l'ablation d'un estomac, et,

après ces différentes opérations qu'il avait suivies avec intérêt et très grande compréhension (il avait été médecin), il me dit ces simples mots : « Vous êtes au-dessus de votre besogne. » J'en fus, je l'avoue, très flatté, car tout est là dans l'action, aussi bien pour un chirurgien que pour un homme d'Etat ou pour un général : être au-dessus de sa besogne. Que de chirurgiens paraissent parfois écrasés par leur besogne ; cela parce qu'ils n'ont pas su disposer leur plan opératoire de manière à se trouver à l'aise et à pouvoir, avec facilité, en voyant bien ce qu'ils font, vaincre les difficultés imprévues, réparer les fautes que le meilleur arrive parfois à commettre. Je me rappelle, pendant mon internat chez Paul Reclus, qu'un de nos collègues, en voulant enlever un ganglion de l'aine à travers une ouverture trop étroite qui ne lui permettait pas de contrôler ce qu'il faisait, eut la malchance de léser la veine crurale. Un flot de sang s'était échappé, et notre collègue, faisant dans le fond de la plaie une forte compression avec ses doigts et un tampon, avait appelé à son secours un interne de l'hôpital, Pierre Wiart qui était déjà, à cette époque, un excellent chirurgien, plein de calme, d'adresse et de bon sens. Wiart faisant continuer la compression, n'eut qu'à agrandir convenablement la plaie, voir la veine déchirée, poser une pince au bon endroit et ensuite, après dénudation, la lier au-dessus et au-dessous de la blessure qui était fort large : il avait ainsi sauvé une vie humaine. Cela parut très simple.

Malgré la plus grande attention, un malheur, une maladresse peut arriver au cours d'une opération, et c'est surtout lorsque le cas est facile, trop facile, pourrait-on dire, que le fait se produit. Je me rappelle, dans les premières années de mon activité, avoir, un jour, au cours de l'ablation d'une vésicule calculeuse se présentant dans les conditions les plus simples, sectionné le cholédoque. C'était sur une malade très maigre, à foie abaissé et facilement extériorisable, à organes ptosés. J'employais alors, à cette époque, — comme tout le monde — le procédé de décollement de la vésicule biliaire en allant du fond vers le cystique. Le décollement était achevé, je mis une pince sur le cystique et je sectionnai. J'avais trop tiré sur la vésicule et je coupai complètement le cholédoque que j'avais ainsi amené sous le bistouri. Je me rappelle que ma première préoccupation fut de demander à la sœur de la salle d'opération (sœur Desle, que tous les fidèles de la maison de la rue Georges-Bizet ont bien connue), si la malade avait des enfants.

J'espérais sans doute, pour me consoler, qu'elle allait me répondre qu'elle n'en avait pas. J'étais bien loin de compte, car la sœur me répondit qu'elle en avait sept ! Je me mis en devoir de réparer le cholédoque en faisant une suture bout à bout qui fut très simple à exécuter, et cette malade, qui m'avait tant préoccupé, guérit très facilement, sans la moindre complication, guérison qui se maintenait encore quelques années après. Les sept enfants n'avaient pas eu à pâtir de ma faute ! Je n'ai pas besoin de dire que, à partir de ce jour, j'ai presque complètement abandonné le décollement de la vésicule « par le fond », pour donner la préférence au décollement « d'arrière en avant », avec section première du canal cystique, procédé que j'ai été le premier à réaliser avec mon ami Lord Moyniham (de Leeds).

J'ai l'habitude de dire, pour donner confiance à mes jeunes assistants, qu'en chirurgie, toute faute est réparable, sauf la section du cholédoque, car la nature a eu le tort de ne nous pourvoir que d'un seul cholédoque. Le cas précédent montre que ce n'est peut-être pas absolument exact et que, même une section circulaire du cholédoque est réparable.

« J'avoue la vérité lorsqu'elle me nuit,
de même que si elle me sert. »

(Montaigne.)

LA FORMATION D'UN CHIRURGIEN DES HÔPITAUX DE PARIS

Je vais simplement décrire les différentes étapes que j'ai eues à parcourir pour devenir chirurgien des hôpitaux de Paris.

Je fus nommé chirurgien des hôpitaux en 1903, j'avais donc 31 ans.

A cette époque lointaine, (et encore aujourd'hui) les différents grades s'obtenaient au concours. Est-ce un bien ? est-ce un mal ? Aucun système n'est parfait. Dans les pays où les concours n'existent pas, j'ai entendu de jeunes chirurgiens les réclamer ; dans notre pays où le concours ouvre toutes les portes, je l'ai entendu très souvent dénigrer. Que faut-il penser ? Les concours valent surtout par l'intégrité des juges ; on verra plus loin ce que je veux dire.

Aucun système n'est parfait, tout dépend de la manière dont on en use. Il ne faut pas oublier que, sous Napoléon, les concours furent supprimés et que, quelques années après 1815, on fut obligé de les rétablir.

Après avoir exposé le système des différents concours, nous verrons les reproches qui leur sont adressés et les remèdes qu'on peut apporter.

J'ai commencé les études médicales en 1889. J'avais alors dix-sept ans.

Deux ans après, muni de huit inscriptions (à cette époque, il n'y avait pas, comme aujourd'hui, une année de P. C. B. consacrée, à la Faculté des Sciences, à l'étude des sciences

physiques, chimiques et biologiques, ces sciences s'apprenaient à la Faculté de Médecine même), je me présentai au concours de l'externat. Le concours consistait en deux questions orales que l'on traitait en cinq minutes pour chaque question, après cinq minutes de préparation, devant un jury de sept membres, trois médecins, trois chirurgiens et un accoucheur. J'eus comme question d'anatomie « Muscles de la région antéro-externe de la jambe », et comme question de pathologie « Signes de la pneumonie franche aiguë ». La préparation du concours se faisait dans des « Conférences d'externat » dirigées par de jeunes internes. Ces conférences, qui étaient peu nombreuses, deux ou trois seulement à Paris, groupaient chacune une cinquantaine d'élèves ; elles se tenaient une fois par semaine ; elles étaient naturellement gratuites. La conférence que je suivis était dirigée par quelques jeunes hommes distingués : Bouglé, Glantenay qui moururent jeunes, tous les deux chirurgiens des hôpitaux, Massary, toujours vivant et médecin honoraire des hôpitaux, et Jean Charcot, le fils de Charcot, qui mourut en Islande, lors d'une de ses belles explorations. Il n'y avait heureusement pas de questions toutes préparées, que l'on pût se procurer, comme aujourd'hui, dans certaines officines. Il y avait peu de « bachotage ». Chaque candidat, grâce à ses lectures, grâce aux thèses qu'il lisait *le crayon à la main*, grâce aux notes données par les conférenciers et grâce à leurs conseils, se faisait lui-même, sur chaque sujet possible d'anatomie et de pathologie, une question particulière, et j'avoue que, regardant les choses avec un recul de plus de quarante ans, j'estime que si le système n'était pas parfait, cependant il n'était pas aussi mauvais qu'on a bien voulu le dire.

Je ne connaissais personne parmi les membres du jury, mes épreuves furent sans doute bonnes, puisque je fus nommé premier de ma promotion, le second étant mon ami Pierre Fredet. Qu'on veuille bien croire que je n'en tirai aucune vanité, mais seulement confiance dans l'avenir : j'avais dix-neuf ans.

Nommé externe, je me mis tout de suite à préparer l'internat, préparation qui marchait à peu près de pair — et cela est capital à souligner — avec les études classiques de la Faculté. Je suivis la conférence d'internat des mêmes jeunes maîtres qui m'avaient préparé à l'externat, et en 1893, à vingt et un ans, j'affrontai les très dures épreuves de l'internat. Le nombre

des places d'internes n'était pas très élevé (soixante pour la promotion 1893-1894), les candidats étaient nombreux et travailleurs. Comme pour l'externat, les épreuves n'étaient pas anonymes ; il y avait deux questions écrites. Le candidat avait une heure pour rédiger chaque question qu'il venait ensuite lire lui-même devant le jury ; il y avait, en outre, deux questions orales. Les questions écrites furent : la question d'anatomie « Anatomie du coecum », et la question de pathologie « Abcès péricaecaux ». Nous étions, comme je l'ai dit plus haut, en l'an 1893 ; l'appendicite était alors mal connue, et le titre donné par le jury prêtait fortement à la critique. Beaucoup de candidats ne comprirent pas bien ce que voulait dire « abcès péricaecaux » et l'ensemble des copies sur cette question fut médiocre. J'avais eu la chance de voir, à l'hôpital Cochin, dans le service de Benjamin Anger que remplaçait Tuffier, deux cas de suppuration de la fosse iliaque droite qui étaient certainement des appendicites suppurées. Tuffier nous avait donné, sur ces deux malades, des renseignements très précis et j'avais pris leur observation avec soin. C'est par la prise soigneuse et méthodique des observations que l'on apprend la pathologie et surtout qu'on ne l'oublie plus. Aussi je ne fus pas embarrassé pour expliquer, dès le début de ma question, qu'abcès péricaecaux, cela voulait dire abcès d'origine appendiculaire ou appendicite suppurée, et que la question eût été ainsi mieux posée, ce qui fit sourire le jury. Mes deux questions orales : « Veine cave inférieure » et « Angine de poitrine » me valurent de bonnes notes et j'eus la chance d'être nommé premier de la promotion, le second étant mon grand ami Robert Proust. J'avais vingt et un ans, c'était en 1893.

Alors, année de service militaire dans les Chasseurs Alpins (à cette époque, on ne pouvait obtenir de sursis), avec, en poche, mon titre d'interne des hôpitaux de Paris. Année de sport et de manœuvres alpestres pendant laquelle je fus parfaitement heureux.

Puis mes quatre années d'internat dans les hôpitaux de Paris, en première année chez le professeur Tillaux, à la Charité (c'était une prérogative du premier de la promotion), en seconde année à la Vieille Pitié, chez le professeur agrégé Paul Reclus, une troisième année dans la clinique des voies urinaires de l'hôpital Necker, chez le professeur Guyon, et enfin, ma quatrième année d'internat, à l'hôpital Bichat, chez

le professeur Terrier. J'ai, comme tous mes collègues, conservé de mes années d'internat un souvenir radieux qui ne s'est pas éteint aujourd'hui. J'eus la chance d'obtenir la médaille d'or de l'internat, ce qui me permit, à ma grande joie, de faire une cinquième année près de mon maître Terrier.

Pendant ces années d'internat, je fis comme la plupart de mes camarades qui voulaient devenir chirurgiens des hôpitaux, c'est-à-dire que je préparai les deux concours de l'adjuvat et du prosectorat. En seconde année d'internat, étant dans le service de mon maître Reclus, je fus nommé aide d'anatomie, et l'année suivante, étant interne de mon maître Guyon, j'eus la chance d'être nommé prosecteur, en 1897. J'avais alors vingt-cinq ans, j'avais été favorisé, mais peut-être avais-je aidé la chance par un travail vraiment acharné, travail qui ne me satisfaisait pas toujours complètement, car il comportait trop de temps consacré à l'anatomie et prélevé sur des heures que j'aurais voulu donner à l'hôpital. Cependant, je suis, dans ma génération, un de ceux qui ont consacré le moins de temps au travail des pavillons de dissection : si je résume le temps consacré par moi à l'anatomie, je compte, en effet, une année de préparation à l'adjuvat, une année d'adjuvat et deux ans de prosectorat, ce qui donne quatre années dont tous les après-midi, de une heure à quatre heures, furent remplis par les études d'anatomie. Je ne suis point trop à plaindre, si je me compare avec beaucoup de mes camarades qui en ont fait le double, mais c'est encore trop d'anatomie ; sur ce point il y aurait à réaliser une sérieuse réforme ; elle est en cours.

Je suis de ceux qui pensent qu'un chirurgien doit avoir fait de fortes études anatomiques, mais j'estime aussi qu'il ne faut pas abuser. Six ans ou plus comme certains ont été obligés de le faire pour obtenir ces grades d'aide d'anatomie et de prosecteur, cela comporte non pas beaucoup de temps perdu, mais beaucoup de temps qui pourrait être mieux employé.

Peut-on supprimer, sans inconvénient, l'adjuvat et le prosectorat ? Il faut envisager les conséquences de cette suppression et pour la faculté de Médecine et pour les étudiants.

Pour la faculté de Médecine, cette suppression serait très préjudiciable, car les aides d'anatomie et les prosecteurs sont les moniteurs qui enseignent aux étudiants, sous la direction du professeur d'anatomie et du chef des travaux d'anatomie, toutes les notions d'anatomie qu'il faut connaître. L'enseignement de l'anatomie, dans une faculté de Médecine, a des

buts particuliers, c'est une anatomie médicale et chirurgicale. Des moniteurs purement anatomistes et non chirurgiens ne feraient pas d'aussi bonne besogne et j'estime qu'il y a grand intérêt à ce que l'anatomie, dans les facultés de médecine, continue à être enseignée par des anatomistes qui soient en même temps chirurgiens.

Pour les candidats chirurgiens, la suppression de l'adjuvat et du prosectorat aurait aussi des conséquences que je crois fâcheuses et, pour appuyer cette opinion, je tiens à relater ce que j'ai pu constater pendant la guerre de 1914-1918. Consultant pendant plus de deux ans à l'armée du général Gouraud, j'ai eu l'occasion d'y voir travailler et opérer beaucoup de chirurgiens de formation différente. Un certain nombre de bons praticiens de province qui faisaient de bonne besogne, puis des anciens internes des hôpitaux des villes de Faculté qui faisaient vraiment un très beau travail et enfin des candidats aux hôpitaux de Paris, tous anciens prosecteurs ou aides d'anatomie, et avec lesquels il était fort agréable d'échanger des idées. Leur méthode opératoire, la facilité (apparente) et le fini de leur travail, la qualité des guérisons qu'ils obtenaient, les mettaient au-dessus de tous les autres, ce qui n'empêche pas que les autres opéraient et guérissaient, mais ils n'étaient pas de la même classe.

Tout récemment, j'entendais mon ami le professeur agrégé Pierre Brocq faire les mêmes réflexions à propos de la guerre de 1940. Il disait qu'il avait eu, à Rennes, opérant sous sa direction, trente-six équipes chirurgicales, qu'il avait pu ainsi apprécier et comparer, et qu'à ses yeux les chirurgiens qui avaient passé par l'École pratique d'anatomie de la Faculté de Paris avaient une supériorité incontestable.

Donc, nécessité, à mes yeux, de solides études d'anatomie et de médecine opératoire, car la médecine opératoire, pour un chirurgien, ce sont les gammes. Mais s'il y a nécessité de faire de solides études d'anatomie, cela ne veut pas dire qu'il y faille consacrer les après-midi pendant cinq à six ans. Pendant deux à trois ans, cela devrait largement suffire. Comment procéder, comment concilier ?

La vie est terriblement courte et ce que vous consacrez à l'anatomie, vous le faites au détriment de quelque chose qui, pour un chirurgien, est peut-être encore plus utile.

On peut très facilement trouver une solution qui satisfasse tout le monde. Les étudiants ne disséquant que pendant le

semestre d'hiver, le semestre d'été permettra aux aides d'anatomie et aux prosecteurs d'être attachés aux laboratoires de physiologie et au laboratoire de médecine expérimentale, non pas en qualité d'auditeurs, mais en qualité de moniteurs, mettant la main à la pâte, et devenant ainsi de véritables biologistes. Cette éducation double, anatomique et biologique, constituera pour les futurs chirurgiens des hôpitaux, un très grand progrès.

Muni de ces différents titres et surtout des connaissances qu'ils comportent, je fus nommé en 1900 chef de clinique du professeur Terrier, à la Vieille Pitié, et je pus alors affronter les deux derniers concours, celui des hôpitaux et celui de l'agrégation. Je n'eus à concourir qu'une seule fois à l'agrégation de chirurgie, en 1901, et je fus nommé dans une promotion qui comptait trois agrégés : Marion, Auvray et moi. J'avais alors vingt-neuf ans. Pour le concours des hôpitaux, je ne fus nommé chirurgien des hôpitaux qu'en 1903. Mais que ce fût en qualité de chef de clinique, ou d'agrégé, ou de chirurgien des hôpitaux, j'eus toujours une fonction hospitalière, et, pendant dix ans, de 1898 à 1908, cette fonction hospitalière fut, heureusement pour moi, remplie sous la haute direction de mon maître Terrier. Depuis l'époque où je fus nommé externe des hôpitaux, en l'an 1891, jusqu'à l'instant où j'écris ces lignes (août 1940) c'est-à-dire pendant quarante-neuf ans, j'ai travaillé chaque matin à l'hôpital, en m'efforçant de faire un peu de bien aux malades, en tout cas, en m'y instruisant sans cesse dans la joie du devoir accompli et en exerçant le plus noble métier qu'il y ait au monde, le métier de chirurgien. J'ai été particulièrement favorisé, puisque, à quarante ans, en 1912, j'ai eu la grande satisfaction d'être nommé chef de service, c'est-à-dire libre d'organiser mon service comme je crus le devoir, libre de faire de l'enseignement à ma manière, — c'est-à-dire surtout par l'exemple — et enfin libre de fonder une Ecole et d'éduquer de jeunes assistants. J'ai été encore favorisé d'une autre manière, puisque, de 1913 à ce jour (vingt-sept ans), j'ai été à la tête du même beau service de la Salpêtrière, que j'ai pu considérablement agrandir.

Mais tout le monde n'a pas été aussi favorisé que moi et beaucoup de mes camarades sont restés privés de toute fonction intéressante, depuis leur sortie de l'internat jusqu'à leur nomination de chirurgien des hôpitaux, c'est-à-dire pendant quatre

ans, six ans et plus. Nommés chirurgiens des hôpitaux, ils ont attendu une dizaine d'années avant d'avoir un service, et pendant ces dix années ils ont été, quelques-uns tout au moins, fort peu mis à contribution. C'est là une grave erreur. Depuis son entrée dans les hôpitaux comme simple externe, jusqu'au jour (s'il devient chirurgien des hôpitaux), où l'heure de la retraite viendra à sonner, le chirurgien, élève ou maître, doit être utilisé au maximum pour le plus grand bien de la collectivité. Il y a dans ce domaine à amender, à améliorer. De même pour la nomination aux hôpitaux, des réformes importantes devraient être réalisées, elles sont urgentes.

Avant la guerre de 1914, voici comment se déroulait le concours pour devenir chirurgien des hôpitaux. Il y avait une série d'épreuves non anonymes — l'anonymat n'a été instauré qu'en 1920 — portant sur l'anatomie, la pathologie et sur l'examen d'un malade pour les épreuves écrites. Après ces trois épreuves, était prononcée l'admissibilité, le nombre d'admissibles étant égal au double des places mises au concours. Les candidats non éliminés avaient alors à faire une épreuve de médecine opératoire, une consultation écrite sur un malade et une épreuve orale de pathologie chirurgicale. Ceux qui n'étaient pas nommés étaient obligés, l'année suivante, de recommencer tout le concours et par conséquent de subir encore cette sempiternelle épreuve d'anatomie qu'ils avaient déjà affrontée et pour l'externat et pour l'internat, et pour l'adjuvat et pour le prosectorat ! Les résultats étaient bons, car il faut reconnaître que tous les hommes de valeur arrivaient à être nommés chirurgiens des hôpitaux, mais au prix d'un effort énorme. Ils avaient sûrement perdu un certain temps précieux, qui aurait, en partie tout au moins, pu être *mieux utilisé*. Les épreuves n'étant pas anonymes, le jury avait la possibilité de juger mieux le candidat et finalement de se faire une opinion et de corriger la part du hasard. Après 1920, pour atteindre à plus d'impartialité et de justice, on institua des épreuves anonymes. Les épreuves écrites théoriques étaient lues par un « lecteur », les épreuves cliniques étaient des épreuves écrites, lues également par un lecteur, et, finalement, il en résulta, pour les candidats, la nécessité d'un travail encore plus poussé et, par conséquent, pour certaines épreuves, l'anatomie et la pathologie, d'un « bachotage » funeste. Si un chef de service venait à demander à un de ses assistants d'entreprendre un travail original, l'assistant

lui répondait invariablement qu'il n'avait pas le temps nécessaire, car toute son activité était prise par la préparation du concours et, bien souvent, après le succès obtenu, le même assistant n'avait plus grand désir de faire œuvre originale.

L'époque est venue de faire les réformes nécessaires, non pas avec la prétention que ce sera parfait — rien n'est parfait dans les choses humaines, et les meilleurs réglements en fait de concours ne valent que grâce à la conscience de ceux qui sont chargés de les appliquer — mais avec le désir de supprimer des conditions incontestablement mauvaises.

Il faut supprimer l'anonymat dans nos concours. A l'usage, l'anonymat s'est montré pourvu de plus de défauts que de qualités. Ceux qui sont étrangers au milieu médical ne comprennent pas pourquoi l'on fut obligé de recourir à l'anonymat. C'est cependant très simple à comprendre, si l'on veut bien se rappeler que les candidats que nous avons à juger sont *nos* élèves. Nous les avons près de nous comme collaborateurs pendant des années, nous les avons pris et gardés parce que nous les considérions comme des sujets distingués, et au point de vue intellectuel et au point de vue moral. Ils sont nos fils spirituels et, le jour du concours, nous avons une tendance toute naturelle, très désintéressée, à estimer que leurs épreuves sont supérieures à celles de leurs concurrents. D'où résulte, dans les concours, une certaine partialité inévitable, et si le concours comporte plusieurs places, il peut arriver que les juges qui ont plusieurs élèves communs, ou qui même ont de simples affinités entre eux, soient poussés à former une majorité qui sera favorable à certains candidats et moins favorable à d'autres. Un seul régime peut s'opposer à ces ententes, c'est le concours pour une seule place, avec un nombre assez élevé de juges, neuf juges par exemple. Autrefois, il y a une trentaine d'années, il y avait à Paris, en chirurgie, un concours à une seule place, le concours de prosectorat de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux : c'était toujours le meilleur candidat qui était nommé. Après ces explications, quelques lecteurs ne comprendront peut-être pas encore le pourquoi de toutes ces précautions prises *contre* le jury. A Polytechnique, dira-t-on, il n'y a pas d'anonymat. Mais à Polytechnique, il y a beaucoup de places, tandis qu'au concours des hôpitaux pour la chirurgie, il y a deux ou trois places par an, et les élèves que nous avons à juger travaillent bien souvent près de nous, depuis de longues années.

Que conviendrait-il de faire ? D'abord et avant tout, que soit observée la plus grande impartialité et, pour cela, instituer le concours à une seule place (possible en chirurgie), avec un nombre assez élevé de juges.

En second lieu, créer une épreuve d'une importance capitale, qui a toujours fait défaut dans les concours des hôpitaux, alors qu'elle tient une si grande place dans le concours d'agrégation, c'est l'épreuve des « Titres et travaux scientifiques ». Cette épreuve engagerait les candidats à publier des travaux de valeur, ce qui serait leur meilleur titre à nomination. Mais comment leur procurer le temps nécessaire à ces recherches, à ces travaux personnels ? En allégeant certaines épreuves inutiles, épreuves de mémoire qui se renouvellent à chaque concours, depuis le commencement des concours jusqu'à leur fin, comme l'épreuve d'anatomie par exemple. Quand un candidat, lors du concours de l'externat et de l'internat d'abord, puis à l'adjuvat et au prosectorat ensuite, a eu l'occasion de démontrer par quatre fois qu'il possédait de solides notions d'anatomie, quelles raisons pour exiger de lui une nouvelle épreuve semblable lors du concours des hôpitaux ? Mais alors vous seriez obligé d'exiger le titre d'aide d'anatomie pour qui se présente au concours des hôpitaux, ce qui serait peut-être un peu trop restrictif. La difficulté est facile à tourner, il n'y a qu'à imposer aux candidats non pourvus du titre d'aide d'anatomie, une épreuve d'anatomie, par exemple un exposé oral d'anatomie topographique fait en dix minutes ou un quart d'heure au tableau noir, comme cela a lieu justement au concours d'adjuvat.

Voici comment on peut envisager — il y a sûrement d'autres solutions — les différentes étapes pour arriver jusqu'au titre de chirurgien des hôpitaux. Ne peuvent naturellement concourir aux hôpitaux que les anciens internes. Une fois les quatre années d'internat achevées, les anciens internes peuvent choisir deux voies : ou bien s'installer soit à Paris, soit en province, ou bien ambitionner le titre de chirurgien des hôpitaux. Ces derniers, ceux qui veulent devenir chirurgiens des hôpitaux, ne doivent pas s'écarter de la vie hospitalière un seul jour, ils doivent continuer à faire partie du cadre hospitalier. Pour cela, il suffit qu'à la sortie de l'internat, ils en fassent la demande à l'ensemble du corps des chirurgiens des hôpitaux qui, sauf cas exceptionnel, accordera toujours un avis positif. Le cas exceptionnel ne peut être motivé que

pour des raisons morales, amplement démontrées. Ainsi autorisé par l'ensemble du corps hospitalier, le jeune candidat deviendrait aide-chirurgien, il serait nommé pour un temps déterminé (huit années par exemple) et serait attaché à un service pour y faire les fonctions d'un interne supérieur, aider aux opérations, faire les opérations d'urgence, etc., etc. Chaque année, il prendrait part au concours pour être chirurgien des hôpitaux, et, grâce à sa valeur, à ses travaux, serait un jour nommé au grade suprême. L'aide-chirurgien des hôpitaux remplirait, dans les services de chirurgie, les fonctions d'un chef de clinique dans les services de clinique. Si, après huit années, il n'est pas encore nommé chirurgien des hôpitaux, il n'y a plus intérêt à ce qu'il continue dans cette voie, il abandonne les services hospitaliers et rentre dans le groupe très utile des chirurgiens privés, non officiels.

Chaque service de chirurgie des hôpitaux de Paris compterait donc des externes, des internes, des aides-chirurgiens, des chirurgiens des hôpitaux non encore pourvus d'un service et, enfin, un chef de service. Autre avantage, les pavillons de dissection de la faculté de Médecine garderaient un cadre suffisant de moniteurs, à la fois anatomistes et chirurgiens.

Ecole supérieure de chirurgie. — La chirurgie s'apprend évidemment chaque jour dans les services auxquels les jeunes chirurgiens sont attachés, mais cela n'est pas suffisant. Il faudrait qu'il y eût une Ecole supérieure de chirurgie que fréquenteraient les internes et les aides-chirurgiens et où les chirurgiens eux-mêmes auraient grand intérêt à aller poursuivre des recherches. Cette Ecole existe à Paris, c'est l'Amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, rue du Fer-à-Moulin, établissement connu de tous les médecins sous le nom d'Amphithéâtre de Clamart. Mais il faudrait un « Clamart » complètement transformé. Actuellement, à Clamart, on apprend l'anatomie et la médecine opératoire aux jeunes élèves et quelques internes viennent y travailler des techniques opératoires nouvelles. Les étudiants ne devraient pas aller disséquer à Clamart, ils devraient tous être réunis à la Faculté, ce qui va être possible dans les vastes locaux de la nouvelle Faculté, rue des Saints-Pères, et Clamart devrait être consacré à l'enseignement de tout ce que les jeunes internes doivent étudier d'une façon pratique pour devenir, dans le minimum de temps, de bons chirurgiens.

Avoir beaucoup disséqué est fort utile pour un chirurgien. Un chirurgien qui n'a pas disséqué de longues journées, ne saura jamais faire, avec méthode, un curage complet de l'aisselle dans le traitement du cancer du sein. Mais il y a disséquer et disséquer. Si la dissection consiste à enlever à petits coups de ciseaux, à petits coups de scalpel, de petits fragments d'aponévrose, à disséquer en myope, comme nous disions avec Proust et Dujarier, elle est alors utile pour apprendre l'anatomie, elle ne conduit pas à savoir opérer. Il faut disséquer à larges traits, en mettant rapidement à nu les tendons, les nerfs, les vaisseaux. Avec Proust et Dujarier, nous faisions des dissections en série, c'est-à-dire que pendant deux ou trois semaines, nous faisions chaque jour la même dissection, par exemple les muscles de la plante du pied et leurs nerfs. Nous apprenions très vite à connaître les filets nerveux qui risquaient d'être coupés, nous allions tout de suite à leur découverte, et alors, l'esprit tranquille, n'étant pas hantés par la crainte de faire un malheur, nous procédions à longs traits, à la dissection de chaque muscle, de chaque tendon. Je reste persuadé que cette manière de travailler, que les anatomistes apprécient fort peu, nous a hautement aidés, Proust, Dujarier et moi, pour la pratique de la chirurgie.

La médecine opératoire, c'est-à-dire les amputations, les ligatures d'artères pratiquées sur le cadavre conservé, est un excellent exercice pour un chirurgien, ce sont des gammes. Elle exige, comme les gammes, certaines règles artificielles, mais qui rendent adroit, précis, et donnent de la légèreté de main. Elle contribue à rendre le chirurgien maître de sa pointe, comme disait mon regretté ami Charles Dujarier. Mais quand on parle de médecine opératoire, il faut s'entendre. La meilleure médecine opératoire, la plus utile, est la découverte et la ligature des artères : habitude de bien placer les incisions, incisions tracées en un seul trait, légèreté de main dans la dénudation du tronc artériel, tout se trouve réuni comme exercice parfait de chirurgie. Je préfère de beaucoup, comme valeur d'enseignement, les ligatures aux amputations, et surtout aux désarticulations. J'ai vu exceller dans les désarticulations — quelques secondes pour désarticuler une hanche — de jeunes apprentis qui furent ensuite de piètres chirurgiens.

Vers 1900, il était très facile de faire de la médecine opératoire. Outre les cadavres, que l'on avait à sa disposition à la

Faculté ou à Clamart, on pouvait en obtenir d'autres, d'une façon plus ou moins régulière, dans certains asiles près de Paris. Chaque dimanche, pendant bien des mois, nous avons eu, à notre disposition, Robert Proust et moi, deux cadavres sur lesquels nous pouvions répéter en série les différentes ligatures ou les désarticulations. Quand on pratique en série quatre désarticulations de Lisfranc ou quatre Chopart par exemple, la dernière est en général presque parfaite, chaque opération profitant des fautes commises à l'opération précédente. Pour les ligatures des artères, il en est de même, et, à la quatrième ligature, tout paraît simple et aisé. Faites quatre fois consécutivement la ligature de l'artère sous-clavière en dehors des scalènes par exemple, et vous verrez que, finalement, les difficultés qui vous avaient gêné lors de la première ou de la seconde, n'existent plus à la quatrième.

A la manière dont un chirurgien incise la paroi abdominale — par une incision tracée dès le début à sa longueur voulue, parfaitement rectiligne, incision nette, et par cela même saignant peu — vous pouvez juger de suite si c'est un bon opérateur ou un exécutant quelconque.

La dissection sur le cadavre (trop souvent momifié), les ligatures et les opérations sur le cadavre, c'est un excellent exercice, mais dans lequel il y a beaucoup d'artificiel. La chirurgie sur l'animal vivant et endormi, les opérations sur les voies biliaires, sur les nerfs, voilà des exercices vraiment utiles et que tout chirurgien doit pratiquer. J'ai toujours eu, dans mon service, depuis vingt-huit ans, une salle spécialement réservée à la chirurgie sur les chiens, avec plusieurs tables et une organisation aussi bonne que dans les salles d'opération pour les humains. J'y ai vu opérer la plupart de mes élèves, j'y ai fait des cours pour des séries de chirurgiens étrangers et j'ai pu observer qu'en quelques semaines, on fait accomplir à ceux qui y participent des progrès considérables et surtout que l'on voit disparaître une série de défauts et de fautes qui, sans cela, eussent été gardés ou commises indéfiniment.

Dans l'École supérieure de chirurgie, qui doit compter à sa tête plusieurs hommes éminents et de discipline différente, on fera non seulement de la chirurgie expérimentale primaire, c'est-à-dire des opérations simples sur les animaux, mais encore des recherches, ce qui suppose des laboratoires de physiologie avec, à leur tête, des représentants des sciences biolo-

giques. C'est là une très grande œuvre à créer. Le pays qui la réalisera et qui pourra ainsi développer des jeunes gens ayant des dons, tiendra la tête de la chirurgie.

Un des meilleurs exercices pour un chirurgien, c'est d'aider aux opérations, surtout s'il a la chance d'être pendant des années près d'un homme méthodique, simple, calme, tenace dans ses manœuvres. J'ai, dans ma longue carrière, eu, pour m'aider, quelques assistants particulièrement doués. Opérer avec leur aide était une joie sans mélange, et j'ai remarqué que ceux qui furent des aides parfaits, c'est-à-dire doués d'une grande attention, d'une grande sobriété de gestes, sachant prévenir les désirs du chirurgien, sans encombrer avec leurs mains le foyer opératoire, sont devenus à leur tour de grands opérateurs.

J'ai été, pendant dix ans, l'aide habituel, presque exclusif, de mon maître Terrier, et j'étais si rompu à ma besogne que ceux qui l'ont vu opérer, moi l'aidant, ont bien voulu reconnaître que l'on aurait pensé se trouver en présence d'un seul homme pourvu de plusieurs mains.

Que l'on me permette de rappeler ici ce qu'en ont dit des hommes comme le professeur Julliard (de Genève) et mon collègue Roux-Berger.

« Un beau matin de janvier, j'entrai pour la première fois à la Pitié, dans la salle d'opération où Terrier, assisté de Gosset, faisait une hystérectomie.

« Révélation si inattendue et si profonde, qu'elle a pesé sur toute ma vie !

« On opère comme on parle et comme on pense », c'est là ce que j'ai compris.

« Le rythme des doigts est pareil à celui des mots et des idées. Et qui, dans le monde entier, parle et pense mieux qu'un Français !

« Dans cet acte opératoire qui se déroulait sans une bavure, sous mes yeux attentifs, je découvrais peu à peu tout ce charme, tout cet intérêt palpitant que je n'ai cessé, depuis lors, de subir et d'éprouver chaque fois que j'ai revu, plus tard, l'élève opérer seul.

« D'abord, pas de geste inutile ! Jamais, pour ainsi dire, un instrument n'était saisi deux fois avant d'être utilisé. C'était toujours et tout de suite le meilleur qui, guidé par une main jamais hésitante, allait droit au but et à son effet.

« Ensuite, c'était cette aisance jusque dans la difficulté la plus grande qui caractérise cette école et cette race...

« Ceux d'entre vous qui aiment la musique me comprendront si je déclare qu'en voyant opérer Terrier et Gosset j'eus alors, et j'ai toujours encore l'impression d'assister à l'exécution d'une symphonie classique.

« Rien de touffu et de confus, spectacle que nous donnent, hélas ! tant de chirurgiens. Pas d'hésitation, mais pas de brusquerie, c'est-à-dire pas de fausse note.

« Jamais « d'à peu-près », c'est tout de suite ce qui doit être.

« Quelle différence avec ces chirurgiens qui font passer les tissus et les organes qu'ils manipulent par toutes les péripéties où se meut leur esprit inquiet, timoré ou scrupuleux jusqu'au remords !

« Quelle différence aussi avec ces acrobates du bistouri qui ne recherchent que l'étonnement de la galerie et dont on se lasse si vite ! »

Je n'ai pu résister au plaisir de relater cette page du professeur Julliard ; on me pardonnera de l'avoir fait, si l'on veut bien tenir compte de la hauteur de la pensée.

Puisque je suis sur la voie des louanges personnelles, qu'on me permette aussi de relater ces quelques lignes du docteur Roux-Berger, sur la clinique de la Vieille Pitié :

« Gosset aidait toujours Terrier. Son attitude était un exemple constant de respect, d'affection. Il aurait fallu n'avoir aucun cœur pour ne pas être ému par la manière dont l'assistant aidait le Maître, exposait le champ opératoire, libérait les parties, les présentait aux ciseaux, à la pince, de telle façon qu'aucune erreur n'était possible. Cela était très beau et ce fut pour moi un exemple. »

Je ne cache pas qu'en lisant ces lignes de Roux-Berger sur des faits remontant à quelque trente ans, j'ai été profondément ému et cela justifie peut-être le vœu que mes assistants m'ont plusieurs fois entendu formuler : le désir d'avoir près de moi, pour moi, un assistant tel que je le fus pour mon maître Terrier. Comme je crois qu'il y a une certaine justice ici-bas, j'ai été récompensé et j'ai eu la joie profonde de rencontrer, dans ma vie chirurgicale, quelques assistants, forcé-

ment rares, qui m'ont rendu ce que j'avais fait moi-même autrefois ; l'un, Abel Desjardins, était vraiment l'aide parfait. Jean Charrier, Seillé, furent des aides incomparables.

La gloire d'un chirurgien est chose bien éphémère. Si un chirurgien n'est qu'un opérateur, un remarquable opérateur même, il ressemble au chanteur qui ne laisse rien après lui, sauf un souvenir qui dure autant que les générations qui l'ont vu à l'œuvre. Je sais bien qu'il y a maintenant le film, et que grâce au film, nous pourrons toujours revoir opérant certains chirurgiens, comme Doyen par exemple. Mais seul passera à la postérité le chirurgien qui aura fait œuvre personnelle, comme Félix Terrier, qui n'a pas seulement créé une Ecole, mais qui a codifié une méthode opératoire, et surtout a été le père de l'asepsie chirurgicale.

L'ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Les sociétés savantes qui groupent des chirurgiens sont-elles vraiment utiles ? Incontestablement, car outre ce qui se dit à la tribune, et où il y a toujours matière à s'instruire, (ceux qui communiquent parlant de choses qu'ils connaissent bien), il y a aussi ce que les chirurgiens disent entre eux. Ces conversations privées entre membres de la société qui se retrouvent ainsi chaque semaine sont agréables et instructives. Pour démontrer l'utilité de ces sociétés, il n'y a qu'à rappeler l'histoire de l'Académie de Chirurgie. L'Académie royale de Chirurgie, qui avait été fondée par Louis XV, en 1742, grâce à Mareschal, chirurgien du Roi, fut supprimée en 1793, comme du reste toutes les autres académies, comme l'Académie française et l'Académie des Sciences. Ce n'est qu'en 1842 qu'elle reprit vie, sous une forme bien modeste et sous un autre nom, celui de Société de Chirurgie. Pendant ces cinquante années, les chirurgiens malheureusement ne se réunirent plus, et si la triste période que traversait alors la chirurgie a duré si longtemps, peut-être a-t-on le droit d'en accuser en partie la suppression de l'Académie royale. La Société de Chirurgie a travaillé, de 1842 à ce jour, d'une façon qui mérite toutes les louanges. Chaque semaine, les chirurgiens n'ont jamais manqué de se réunir, soit dans le vieux local de la rue de l'Abbaye, soit dans leur nouveau local de la rue de Seine, et la Société a publié, chaque année, sans interruption aucune, (même pendant la guerre de 1914-1918) un gros volume plein d'intérêt. Les volumes ainsi publiés constituent vraiment la charte de la chirurgie française. Et c'est grâce à cette continuité dans un travail productif que la Société de Chirurgie a pu, avec l'autorisation du gouverne-

ment, reprendre son titre primitif : Académie de Chirurgie. C'était en 1935, au moment où de tristes indices commençaient à dévoiler la faiblesse de l'armature morale de la France. Rétablir à ce moment une aristocratie de chirurgiens paraissait une gageure, et cependant nous avons réussi. Nous avons réussi, grâce à un ministre de l'Intérieur qui était appelé à la plus belle carrière politique et qui est mort trop jeune, Joseph Paganon. Pour changer notre titre de Société de Chirurgie en celui d'Académie de Chirurgie, un décret présidentiel était nécessaire, mais il fallait que le ministre de l'Intérieur demandât l'avis du ministère de l'Education Nationale, du ministère de la Santé et du Conseil d'Etat. Je me permets de rappeler ces détails qui sont ignorés même de la plupart de ceux qui font partie, actuellement, de l'Académie de Chirurgie. Toutes ces multiples autorisations me donnèrent beaucoup de peine à obtenir, car j'avais eu l'insigne honneur d'être chargé de mener à bien ces tractations. Je fus aidé dans mes démarches, tantôt par l'un, tantôt par l'autre de mes collègues et amis : le professeur Pierre Duval, le professeur Laubry, le docteur Toupet, et surtout le docteur Louis Bazy. Nous obtînmes assez facilement l'autorisation du ministère de l'Education nationale et celle du ministère de la Santé publique. Mais, pour le Conseil d'Etat, nous eûmes de grosses désillusions. Après une première visite, avec Pierre Duval, Laubry et Louis Bazy, près du président de la Section compétente, nous étions partis pleins d'espoir. Lors d'une seconde entrevue, pour des raisons que je ne puis qu'entrevoir, nous comprîmes qu'il n'y avait rien à espérer du Conseil d'Etat, son opposition était formelle. Non seulement la Section compétente vota non, mais encore on crut bon de réunir le Conseil d'Etat, toutes sections siégeant, et de lui demander son avis qui fut également négatif. Heureusement que le ministre Paganon était édifié sur la valeur de notre cause, car il passa outre — comme c'était son droit — à la décision du Conseil d'Etat, et grâce à la formule « le Conseil d'Etat entendu », il prépara le décret autorisant la Société de Chirurgie à reprendre son nom primitif d'Académie de Chirurgie. Le décret fut signé par M. le Président de la République, le 29 novembre 1935. Une séance solennelle eut lieu le 5 février 1936, dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne, sous la présidence de M. Paganon, en présence du Président de la République, des Présidents du Sénat et de la Chambre

des Députés, des hauts dignitaires de la République, et d'une foule de médecins et de savants. Des discours furent prononcés par MM. Pierre Fredet, A. Gosset, Louis Bazy et Paganon, des adresses de quarante-deux pays ou sociétés savantes, furent déposées sur le bureau. La cérémonie fut une des plus grandioses auxquelles il m'ait jamais été donné d'assister. Vous me direz : que de peines, que de démarches pour un changement de titre, pour un simple mot ! Je ne suis pas de cet avis, et, chaque jour, depuis cet événement mémorable pour notre vieille Société de Chirurgie, j'ai pu mesurer combien le terme d'Académie de Chirurgie avait un rayonnement plus grand que celui de Société de Chirurgie, et donnait à nos réunions, à nos avis, une autorité accrue ; mais cela parce que notre Société de Chirurgie s'était montrée digne de relever le titre créé par Louis XV, pour nos pères.

L'Académie voulut bien me remercier de la part que j'avais dans la réussite de nos désirs et j'y fus très sensible. Dans la séance solennelle de la Sorbonne, le président en exercice, Pierre Fredet, prit la peine, dans son discours, de me remercier personnellement : « Et je me tourne aussi vers l'un des nôtres, le professeur Gosset, qui a pris dans la résurrection de l'Académie royale une part prépondérante. Notre collègue vous dira la foi qui l'animait et vous en expliquera les raisons. Je suis heureux de lui répéter, publiquement, qu'il a bien mérité de notre Compagnie. »

Pierre Fredet, dans la séance du 29 janvier 1936, à l'Académie de Chirurgie, avait bien voulu déjà rappeler mon rôle : « A la fin de novembre, un grand événement est survenu dans notre existence : par décret présidentiel, la Société nationale a été autorisée à relever le titre de sa glorieuse aïeule, l'Académie royale de Chirurgie. Cette promotion est la conséquence des services à la Science et aux malades, elle accroît notre autorité. Nous la devons à quatre-vingt-douze années de labeur ininterrompu, à l'action de nos anciens présidents, et tout particulièrement aux efforts de notre collègue, le professeur Gosset. Aussi le Conseil de l'Académie a-t-il voulu lui marquer notre reconnaissance unanime, en lui demandant de le présider. Nous étions certains que vous applaudiriez tous à cet honneur qui n'est qu'un acte de justice. »

Louis Bazy, dans son très beau discours à la séance solennelle de l'Académie de Chirurgie, « Deux siècles de chirurgie française », a exposé d'une façon parfaite l'évolution de la

chirurgie de 1731 à nos jours. « Qui pourrait nier qu'il ne fallût vraiment croire dans les destinées de l'Art chirurgical pour oser, en 1731, comme le fit Mareschal, premier chirurgien du roi, solliciter de Louis XV, la fondation de cette première Académie royale de Chirurgie, dont l'action devait bientôt être si féconde en résultats, que Voltaire, constatant son rayonnement universel, a pu dire «... qu'on venait à Paris des bouts de l'Europe pour toutes les cures et opérations qui demandaient une dextérité peu commune ».

« L'exercice de la chirurgie se trouvait abandonné à des praticiens de toute origine. Si quelques docteurs de la Faculté de Médecine le pratiquaient à l'occasion, il y avait surtout les chirurgiens barbiers et les religieux dont le plus célèbre fut le frère Jacques qui, particulièrement habile dans l'opération de la pierre, était, comme on disait de son temps, un lithotomiste.

« La chirurgie était un métier, pas tout à fait un art, encore moins une science. Mais chose étonnante et bien digne d'admiration, il se trouvait parmi ces hommes qui se formaient ainsi eux-mêmes, des esprits d'un rare mérite, d'une indépendance et d'une honnêteté auxquelles chacun se plaisait à rendre hommage.

« C'est l'honneur de Mareschal d'avoir compris la nécessité d'organiser l'enseignement de la chirurgie, jusqu'alors abandonné au plus redoutable empirisme. Dès 1724, il s'était préoccupé de constituer une équipe de démonstrateurs royaux. Mais ce n'est qu'en 1731 qu'il parvint, après plusieurs années de réflexion, à faire admettre l'utilité d'une Académie de Chirurgie, et réussit à lui faire enfin prendre corps.

« L'Académie avait « pour but de s'occuper de perfectionner la pratique de la chirurgie, principalement par l'expérience et par l'observation », et les statuts prenaient soin d'ajouter « qu'elle aurait encore attention de s'associer les chirurgiens du royaume et des pays étrangers qui se distinguent le plus dans l'art de la chirurgie. »

Louis Bazy continue son magnifique exposé en étudiant la chirurgie, après la suppression, en 1793, de l'Académie royale, avec Dupuytren, de 1815 à 1835, puis en 1842 avec la fondation de la Société de Chirurgie, alors qu'une nouvelle Académie, l'Académie de Médecine, avait été fondée en 1820.

« Lorsque la Société de Chirurgie fêta son cinquantenaire en 1893, son secrétaire général, Charles Monod, rappelant ses débuts, pouvait écrire :

« On s'occupait cependant en haut lieu de la Société nouvelle et cela sans aucune sympathie. On ne voyait pas volontiers les chirurgiens faire bande à part... Quelques-uns redoutaient de voir l'ancienne Académie de Chirurgie renaître de ses cendres et porter ombrage à l'Académie de Médecine... »

Charles Monod était prophète, car en 1936, l'Académie de Chirurgie a été restaurée.

« La naissance de la Société de Chirurgie (1843) coïncide avec la découverte de l'anesthésie qui, en rendant la chirurgie plus humaine, lui permet aussi plus d'audace. Deux Français, Koeberlé et Péan, presque simultanément, inventèrent les pinces hémostatiques qui, en donnant la possibilité d'arrêter rapidement les hémorragies dans les plaies, diminuent les risques immédiats et lointains des opérations. Maîtres de la douleur, maîtres des hémorragies, les chirurgiens purent enfin, grâce aux géniales découvertes de Pasteur, vaincre le dernier ennemi, l'infection. Lister imagine la méthode antiseptique dont Lucas Championnière se fit en France l'infatigable apôtre et qui fut bientôt remplacée par l'asepsie, que Terrier, Terrillon, Quénu et leurs écoles, par un patient labeur, portèrent à ce haut point de perfection qu'elle atteint aujourd'hui, et qui, sous sa forme actuelle, est la plus fidèle expression des idées de notre immortel Pasteur. Ainsi débarrassés de tous les obstacles qui entouraient leur action, les chirurgiens purent, sans crainte, s'attaquer à des maladies, à des organes jusqu'alors considérés comme inaccessibles. »

Une autre société savante qui a rendu à l'art chirurgical des services signalés, c'est la Société internationale de Chirurgie. Fondée à Bruxelles en 1904, elle a survécu à la guerre de 1914, et je suis sûr qu'elle reprendra bientôt une activité encore grandie, dans le but de rapprocher plus étroitement les chirurgiens de tous les pays, pour le plus grand bien de l'humanité.

LE CHIRURGIEN ET LES VOYAGES

Si les sociétés savantes sont utiles, nécessaires même aux progrès de notre art, les congrès de chirurgie, nationaux et internationaux, ne le sont pas moins.

Les voyages sont indispensables aux chirurgiens.

Voyager, soit dans leur propre pays, soit à l'étranger, constitue, pour tous les chirurgiens, le meilleur mode d'enseignement et le plus agréable. La seule difficulté, c'est la différence de langues. Heureux ceux qui parlent plusieurs langues ! Que de fois j'ai entendu mon maître Terrier nous parler de ses voyages à l'étranger, surtout en Angleterre et aux Etats-Unis (car il parlait l'anglais). Il avait été aux Etats-Unis en 1887, et il m'a souvent donné ses impressions sur la chirurgie et sur les chirurgiens d'Amérique, avec des aperçus sur l'avenir de la chirurgie aux Etats-Unis que les faits ont montrés très exacts. Il était allé bien souvent en Angleterre. Il connaissait les principaux chirurgiens de la Russie, du Danemark, de la Suède et de la Norvège. Il était lié avec deux grands chirurgiens allemands, Mikulicz (de Breslau), et Kummel (de Hambourg), que j'ai rencontrés plusieurs fois chez lui. Il était allé à Vienne et parlait de Billroth dans les termes les plus admiratifs. Je n'ai pas besoin de dire qu'il connaissait et estimait particulièrement les chirurgiens suisses, en particulier Roux (de Lausanne), Reverdin (de Genève), et Julliard le père dont il avait été le camarade d'internat. En nous racontant ainsi ses voyages, il espérait nous inciter à l'imiter et à aller nous instruire à l'étranger. Lors de mon premier voyage en Allemagne, au cours duquel je restai un certain temps à Heidelberg près de Czerny, il m'avait remis une lettre pour son collègue allemand, en me recommandant aussi d'aller voir, à Berlin, Körte

et Fédor Kraüse. A mon retour, il me demanda beaucoup de détails sur ce que j'avais vu, et je fus frappé de sa jeunesse d'esprit et de son désir insatiable de s'instruire.

« L'enseignement de la pratique médicale était bien peu répandu en Europe au XVIe siècle, et il était indispensable d'entreprendre de longs voyages pour assister aux leçons que l'on n'entendait seulement que dans quelques cités privilégiées. Aussi, des médecins, à l'exemple du célèbre Thomas Bartholin, ne dédaignèrent-ils pas d'écrire de véritables guides destinés à faciliter ces voyages et à aplanir aux jeunes gens les difficultés qu'ils avaient eux-mêmes rencontrées.

« En France, on voyageait peu, et un doyen de la Faculté de Paris, bien connu par les lettres si caustiques qu'il a écrites, un peu sur la médecine, et beaucoup contre l'administration du cardinal Mazarin, Guy Patin, homme d'un esprit éminemment français, critiquait fort cette importation étrangère, qu'il qualifiait dédaigneusement de *pérégrinomanie*. Il y a plus de trois siècles de cela, et il faut bien l'avouer, nous sommes, à peu de choses près, aussi entêtés de l'amour du sol natal que l'étaient nos confrères du temps de Louis XIII. Nous ne savons pas sortir de notre France où nous voyons affluer les étrangers. Nos voisins agissent-ils de la sorte parce qu'ils manquent chez eux d'éléments d'instruction ? Gardez-vous bien de le croire ; et si, oubliant que sur mainte matière, ils pourraient être nos maîtres, ils viennent, pour un temps, se constituer nos élèves, c'est afin de rapporter à leurs concitoyens les fruits propres à notre climat scientifique. Ce sont là de nobles exemples qu'il faut avoir le courage de suivre. Les sarcasmes de Guy Patin sont surannés et faciles à braver. Apprenez-donc à parler la langue des peuples qui nous entourent, et en échange de ce que nous leur donnons si libéralement, allez apprendre à leur école ce qui n'est pas enseigné dans les nôtres ; je vous garantis une abondante moisson. » (M. Parrot).

« Rome grandissait et se polissait, elle n'avait cependant que des praticiens indignes ; quelques médecins grecs s'y rendent et amènent avec eux leur science et leurs livres. Mais ceux-ci étaient en langue grecque, peu lisibles par conséquent pour la plupart des contemporains occupés à guérir les malades. C'est alors que va paraître le second grand livre (le premier étant celui d'Hippocrate) d'autant plus précieux pour

nous, qu'il renferme et isole en quelques chapitres concis et compacts toute la chirurgie. Est-ce un praticien qui va doter le monde de ce chef-d'œuvre ? Point du tout ; c'est un littérateur, un encyclopédiste, un érudit, un critique, car on ne peut refuser aucun de ces titres à Aurelius Celsus, mieux nommé le Cicéron des médecins que l'Hippocrate latin, et qui vivait et écrivait au temps d'Auguste.

« Les Romains voyageaient peu pour s'instruire, nous leur avons pris ce travers. A coup sûr, Celse ne parcourut pas les pays étrangers : il avait donc une grande bibliothèque et sut la mettre solidement à contribution. Il traduisit, compulsa, compara, résuma, fit en un mot besogne d'érudit ; il composa son Encyclopédie médico-chirurgicale avec les œuvres des Grecs et de l'Ecole d'Alexandrie, avec celles encore de quelques chirurgiens qui avaient exercé ou exerçaient à Rome. » (Verneuil).

Lorsque l'âge des voyages est passé, il faut envoyer à l'étranger ses assistants, leur demander d'avoir sur eux un copieux carnet de voyage pour vous rapporter des notes aussi détaillées que précises. Que de bonnes soirées d'hiver j'ai ainsi passées, dans ma maison, sur la falaise normande, au coin du feu, à faire, avec mon assistant Georges Lœwy, des voyages si intéressants et si peu fatigants pour moi, près des chirurgiens des Etats-Unis. Lœwy qui savait voir, me rapporta des Etats-Unis bien des choses nouvelles, entre autres, la méthode de Whipple et la cholécystographie ; il me narra aussi ses matinées chez les frères Mayo, matinées si bien organisées et si instructives. Comme je comprends ce privilégié de la fortune qui avait créé une série de bourses pour permettre, chaque année, à des jeunes gens distingués, de faire le tour du monde. De telles bourses, mises à la disposition de jeunes chirurgiens français, seraient de la plus grande utilité, surtout si ces voyages sont faits alors que l'esprit est en état de comprendre, de critiquer, de comparer. Pour apprendre, au cours de tels voyages, le chirurgien a tout intérêt à ne pas passer trop vite, comme un météore, mais à fréquenter le même service pendant plusieurs jours. Lorsque l'on est jeune, une très bonne manière de procéder consiste à prendre quelques leçons avec l'un des meilleurs assistants du service, en ayant convenu, comme conditions essentielles, de pouvoir lui poser toutes les questions jugées utiles, et la possibilité de voir, le soir, les opérés du matin.

Il y a grand intérêt à voir opérer à l'étranger ; il n'est pas

moins utile d'aller voir opérer les chirurgiens de son propre pays, et je n'y ai pas manqué.

Outre mes maîtres Tillaux, Reclus, Guyon, Terrier, et ceux qui étaient près d'eux, Hartmann, Walter, J.-L. Faure, Chaput, Tuffier, Ricard, Albarran, Legueu, Segond, etc., j'ai bien souvent assisté aux opérations de quelques-uns de mes contemporains ou de mes élèves : Doyen, Charles Dujarier, Pierre Duval, Lecène, Cunéo, Jean Charrier, Petit-Dutaillis, Grégoire, Cadenat, Souligoux, Jalaguier, Wiart, Soupault, Sorrel, Riche, Ch. Monod, Robineau, Leriche, Abadie, Guyot (de Bordeaux), Jean Berger, Marion, Robert Monod, etc., et tous m'ont appris quelque chose. En voyant opérer les autres, on apprend aussi bien ce qu'il convient de faire que ce qu'il ne faut pas faire.

J'ai vu opérer près de moi, pendant la guerre de 1914, un des plus grands chirurgiens de notre époque, Pedro Chutro (de Buenos-Aires). Chutro voulut bien être mon assistant pendant deux ans. J'ai pu ainsi admirer le sens clinique, le talent de professeur et les qualités d'opérateur de l'un des meilleurs chirurgiens qu'il m'ait été donné de rencontrer. Chutro, mort trop jeune, était le parfait chirurgien.

J'ai eu le plaisir, il y a une quinzaine d'années, de recevoir quelques chirurgiens des Etats-Unis qui voyageaient d'une façon très agréable. Il y avait, entre autres, Crile, Peck, Judd. Ils avaient frêté un navire particulier et ainsi, en voyageurs privilégiés, ils visitaient l'Europe. Ils vinrent en France, puis allèrent en Allemagne et en Italie. Je n'ai jamais vu compagnons si gais, si heureux ! C'est là une manière de voyager que tout le monde ne peut se permettre, mais quelques bons camarades peuvent se réunir, se grouper pour un voyage d'études. Le profit scientifique qu'ils en retireront sera meilleur ; réunis, ils apprécieront mieux, ils verront s'ouvrir pour eux des réunions, des conférences, des séances opératoires qu'un seul ne pourrait que difficilement obtenir.

C'est un des plus beaux côtés de notre carrière que ce parfait libéralisme qui permet à chacun de nous d'aller voir opérer les autres chirurgiens, en sachant que rien n'est caché et que tout opérateur n'a qu'un seul désir, montrer à ses collègues ses procédés et ses résultats.

« La vie du chirurgien, chef de service, lui fournit sans cesse l'occasion d'exposer à ses aides immédiats, aux élèves, à tous les témoins de ses moindres actes, les exigences d'une

conscience qui est l' « ultimo ratio » de sa conduite. Toutes les indications thérapeutiques sont successivement et sont pleinement envisagées ; les avantages et les inconvénients de chacune des interventions qui peuvent être proposées sont longuement discutés avec les assistants devant les élèves, les plus jeunes comme les plus anciens. L'opération est exécutée en public. L'opéré est transporté dans une salle ouverte à tous où chacun peut aller vérifier l'issue de la bataille.

« Un contrôle réciproque est exercé du maître sur les élèves, des élèves sur le maître, car chacun est engagé dans la partie qui se joue et prend ainsi sa part des responsabilités. » (L. Tixier, discours au Congrès français de chirurgie, 1929).

Bien souvent, j'ai pensé qu'en empruntant certains détails aux chirurgiens de tel pays, certaines techniques aux chirurgiens de tel autre pays, on arriverait à faire progresser la chirurgie beaucoup plus rapidement. C'est justement ce que les congrès, les sociétés savantes, les voyages permettent de réaliser.

S'il faut connaître les chirurgiens de son pays et ceux de l'étranger, il y a un intérêt aussi primordial à être en relation avec les savants purs, surtout les biologistes. J'ai fréquenté dans ma jeunesse le laboratoire de physiologie de Dastre, celui de Marey, celui de Gley, celui de Charles Richet, j'ai travaillé avec mon ami le professeur de physiologie Binet, et j'ai passé quelques après-midi bien profitables près de Maurice Nicolle, à l'Institut Pasteur. J'ai vu, à Londres, travaillant et opérant dans son laboratoire, le grand physiologiste Starling, l'homme de l'extériorisation du cœur.

Près de tous ces savants, j'ai beaucoup appris, ne serait-ce que la notion de tout ce qui nous manque, à nous chirurgiens. J'y ai pris, en outre, des leçons d'humilité personnelle. Mais pour que ces fréquentations soient fructueuses, il faut une grande attention, il faut une grande mémoire, il faut savoir écouter, qualité si rare. L'attention, c'est la première qualité pour un chirurgien. D'un assistant qui n'est pas attentif, vous ne ferez jamais un homme de premier plan. Le plus grand compliment que pouvait faire mon maître Félix Guyon, qui se connaissait si bien en hommes, c'était de vous dire : « Vous qui êtes attentif... »

QUELQUES-UNES DE MES OPÉRATIONS

Si je me rappelle avec plaisir quelques-unes de mes opérations heureuses, je n'ai pas perdu la mémoire de mes insuccès ; c'est la seule manière de progresser.

Au début de ma carrière, j'ai quelquefois — très rarement — opéré des malades à leur domicile, car la maison de santé n'était pas encore acceptée par tous. Opérer à domicile était assez compliqué. Il fallait faire installer, par une maison spéciale, une pièce dont les murs étaient tendus de toile. Plus tard, on se contenta de dresser, dans une grande pièce, une cellule opératoire en toile avec tout ce qu'il fallait, table opératoire, champs de toile, gaze stérilisée, matériel à ligature et instruments. L'éclairage était pris sur le courant électrique, ce qui, un jour, le courant étant interrompu, me causa un grand ennui ; aussi eus-je toujours, depuis cette nuit mouvementée — car le jour on opérait à la simple lumière naturelle — eus-je toujours un éclairage de secours sur accumulateurs, comme il est nécessaire d'en avoir un avec nos lampes scyalitiques actuelles. Il fallait mettre près de l'opéré une garde spéciale ; il fallait se déplacer à travers tout Paris pour visiter et surveiller ses opérés — et c'était le temps des voitures à chevaux ! — que ne fallait-il pas, quand ce ne serait que la couche de paille que l'on étendait, après autorisation de la Préfecture de police, sur toute la largeur de la rue, devant le domicile de l'opéré, pour amortir les bruits !

C'est au domicile de mon ami, le docteur Robert Proust, avenue Hoche, que j'opérai ainsi, vers 1904, en pleine péritonite appendiculaire, sa fille âgée de six ans. Je fus très inquiet pendant quelques jours. Une amitié fraternelle nous unissait, Proust et moi, et je ne pouvais songer sans douleur

à nos rencontres futures, avec ce triste souvenir entre nous. C'était l'époque où l'on discutait l'opération à froid ou à chaud, et j'eus la joie de voir guérir ma petite opérée. C'est elle qui est aujourd'hui la légataire de toutes les œuvres de son oncle Marcel Proust.

A quelques pas de l'avenue Hoche, avenue Friedland, j'eus l'occasion d'opérer un grand malade du professeur Pozzi. Ce malade était en train de succomber à une cholécystite suppurée. Son médecin, un des plus connus de Paris, le professeur R... se faisait fort de le guérir avec ses produits colloïdaux. Le malheureux malade était à toute extrémité. Je pratiquai d'urgence l'ouverture et le drainage de la vésicule, j'évacuai par aspiration le pus qu'elle contenait, et je pus extraire un gros calcul en forme de carotte. Vers le cinquième jour, le malade fut anurique et, pendant la nuit, la sœur que j'avais placée près de lui, une des meilleures de la rue Bizet, la sœur Chantal, crut bien qu'il allait succomber. Elle employa largement l'huile camphrée et le sérum salé et le matin, quand je vins vers huit heures, l'opéré était moins mal, mais encore très inquiétant. Je me rencontrai près de lui avec le professeur Pozzi qui me dit à ce propos une phrase charmante, particulièrement agréable, puisque nous pensions l'un et l'autre que le malade était perdu : « Vous méritiez de le voir guérir. » La sœur me raconta tout ce qui s'était passé pendant la nuit. Le malade — c'était un grand seigneur polonais — avait voulu se confesser en public, devant tous ses serviteurs assemblés et toutes lampes allumées. Il avait avoué toutes ses fautes, et en terminant, il avait pardonné à tous, sauf à un seul, précisa-t-il, « le professeur R... qui, lorsqu'il était jeune étudiant a tant reçu de ma famille, et qui me laissait mourir avec ses produits colloïdaux ! » La cérémonie funéraire avait déjà été arrêtée et les parents arrivaient avec empressement. Contre toute attente, les reins se remirent à fonctionner — le sérum salé avait, comme il arrive bien souvent dans de tels cas, fait merveille — et mon opéré guérit. Il ne savait comment me témoigner sa reconnaissance, et, comme chacun désire passer ses goûts aux autres, il me disait toujours : « Je veux faire de vous un chasseur. » Il avait, près de Rambouillet, une des plus belles chasses de France. En Pologne, il possédait des terres d'une étendue aussi grande qu'un département. Il me fit don d'une très belle paire de fusils et j'allai plusieurs fois le voir, à sa propriété

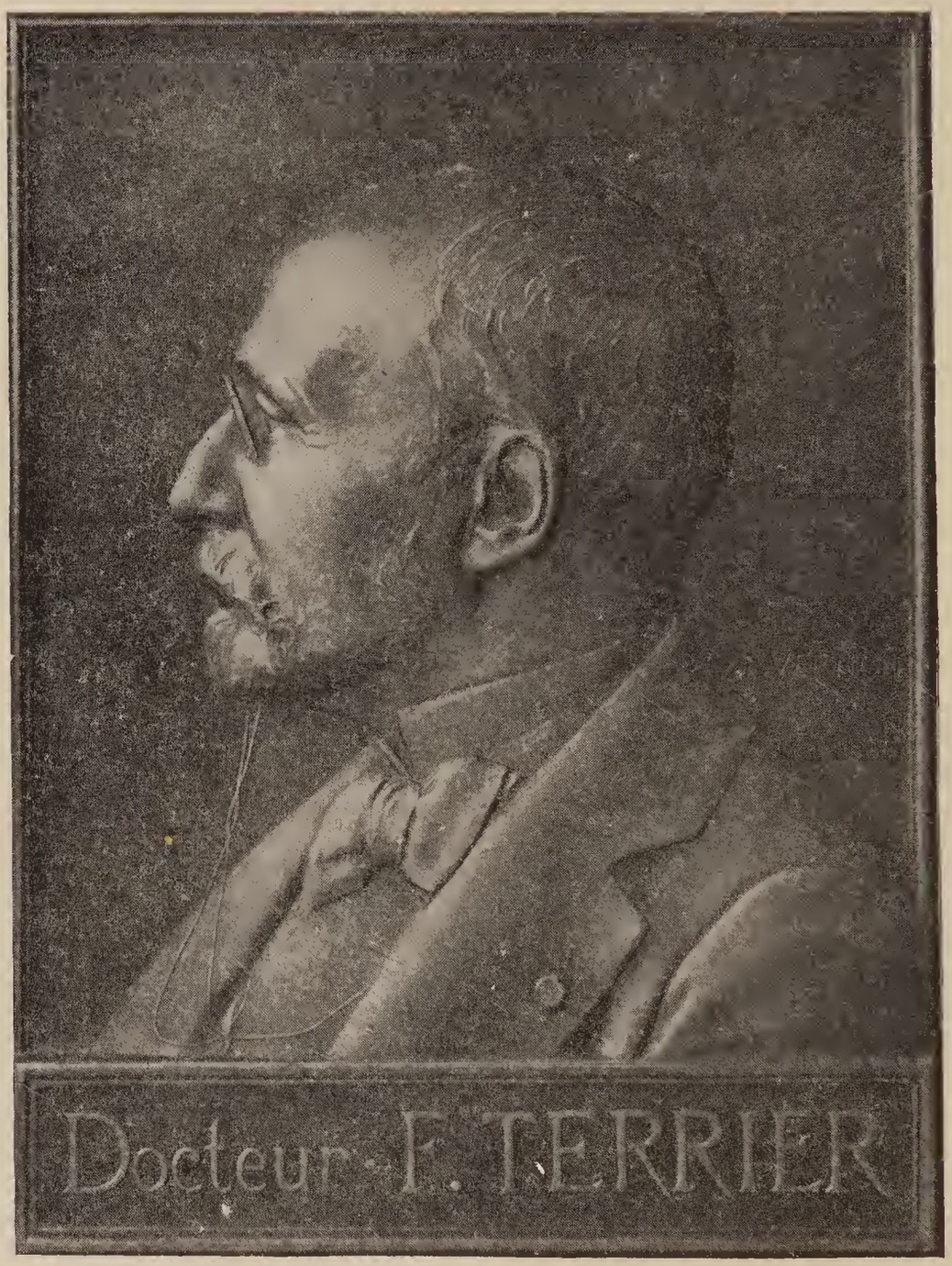
de Grange-Colombes. La maison était fort pratique et très curieuse, car elle était double, une partie pour l'hiver, une partie pour l'été. Il savait que j'aimais les chevaux, et, après le déjeuner — on déjeunait dans une salle à manger vitrée — il faisait amener par une grande avenue un magnifique attelage à quatre, avec lequel on partait en forêt. Dès que les chemins devenaient plus lourds, on changeait de voiture, on prenait un break attelé de quatre solides percherons avec postillons, et l'on passait ainsi, avec un goûter en forêt, une journée des plus agréables. Mais c'était une journée entière à ne rien faire, et, pour moi, qui étais déjà à cette époque surchargé de travail, je ne pus que trop rarement à mon gré aller à Granges-Colombes ? Et c'est ainsi que je ne devins pas le chasseur que voulait faire de moi un opéré reconnaissant !

Ces opérations pratiquées au domicile des malades comportaient parfois des surprises tout à fait inattendues. Un jour, j'aidais aux Augustines de la rue Oudinot, mon maître Tillaux dans une hystérectomie pour fibrome. Son interne en pharmacie avait eu la louable idée d'installer en ville une officine d'objets stérilisés. C'était un homme de grande conscience, aussi avait-il fait stériliser les soies à une température si élevée qu'elles cassaient comme de l'étoupe! On fut obligé d'envoyer chercher, à la plus grande pharmacie spécialisée de l'époque, d'autres fils de soie. Comme j'avais été chargé par mon maître Tillaux d'apporter tout ce qui était nécessaire pour l'opération, je me crus autorisé à adresser à l'interne en pharmacie de très sévères reproches, sur un ton un peu trop vif, comme on le fait parfois quand on est encore très jeune. Et puis, je n'entendis plus parler de ce malheureux pharmacien. Une vingtaine d'années après (j'habitais alors rue de Lille), je vois arriver un inconnu qui me donne son nom et me rappelle l'histoire lamentable des fils de soie, et il termine sa petite harangue en me disant avec un peu d'ironie, qu'il venait me remercier, car, depuis, il avait fait fortune et m'en attribuait une grande part : « Vous comprenez, après un tel début, j'ai abandonné la stérilisation du matériel de ligature et j'ai fait mieux ; je fabrique, grâce à quelques ouvrières qui travaillent dans une seule petite pièce, une poudre qui guérit beaucoup de maladies et j'y ai gagné une fortune très raisonnable, je tiens à vous remercier. »

Une autre fois, j'opérais avenue Montaigne, une hernie inguinale chez un malade assez lourd. L'employé dévoué,

à mon très cher élève et collègue M. A. Gosset
affectueux souvenir
Félix Guyon

LE CHIRURGIEN FÉLIX GUYON (1830-1920)



LE CHIRURGIEN FÉLIX TERRIER (1837-1908)

bien connu de nous tous, qui m'apportait de la maison L..., pour ces opérations de ville, tout ce dont j'avais besoin, me prévint qu'il avait une table opératoire d'un nouveau modèle et que j'en serais enchanté. C'était une table faite de tubes métalliques légers. Ils étaient tellement légers que, sous le poids du malade, ils s'affaissèrent peu à peu et que nous terminâmes l'opération presque à croupetons.

Une autre fois, la table d'opération fut une simple porte d'une maison de campagne. J'étais allé, avec mon ami de Sard, emmené par lui dans une des premières voitures automobiles circulant dans Paris, jusqu'à Meaux, appelé près de la femme d'un garde-chasse d'un ancien ambassadeur, M. Waddington. Cette femme était en train de succomber à une infection puerpérale. C'était en 1901 ou 1902. Je décidai — ce fut une inspiration du ciel — de pratiquer l'hystérectomie. Nous n'avions qu'une simple boîte d'instruments. Après avoir fait bouillir des mouchoirs, des fils de lin, je fis placer la malade en plan incliné sur une porte enlevée de ses gonds, le mari maintenant la femme pour qu'elle ne glissât pas, un parent tenait une lampe à pétrole et j'enlevai l'utérus. Malgré de telles conditions, la malade guérit parfaitement.

Après ces quelques exemples, on comprendra que je n'acceptai plus que d'opérer dans ma très chère maison de santé de la rue Georges-Bizet. Et là, rue Bizet, depuis près de quarante ans, j'ai opéré un grand nombre de malades dans les conditions les meilleures, avec le minimum de fatigue et avec un scrupule tel, dans les soins post-opératoires, qu'un certain nombre de mes opérés doivent la vie à la sollicitude éclairée dont ils ont été entourés.

J'y ai opéré un certain nombre de personnalités dont je puis, sans violer le secret professionnel, dire les noms, puisque les journaux de l'époque les ont mentionnés avec, parfois même, des détails plus ou moins faux auxquels je suis toujours resté étranger. Les deux personnalités les plus marquantes furent Georges Clemenceau et le maréchal Lyautey. J'ai parlé plus haut du président Doumer que j'avais traité à l'hôpital Beaujon.

L'opération de Clemenceau fut faite rue Bizet, en 1912. Il s'agissait de la prostatectomie, opération encore peu pratiquée, à telle enseigne que l'homme d'État français avait l'intention d'aller se faire opérer à Londres par l'inventeur de la prostatectomie sus-pubienne lui-même, Freyer. J'avais eu

l'occasion d'opérer, quelques mois auparavant et avec succès, un homme fort âgé ami du professeur Pozzi. Il s'agissait d'un archéologue qui avait été autrefois, dans sa jeunesse lointaine, lecteur de l'Impératrice Eugénie. Il s'appelait Froehner et était surtout connu par la polémique soutenue avec Flaubert à propos de *Salammbô*. Dans certaines éditions de *Salammbô*, on trouve, exposées tout au long, cette polémique et les lettres échangées. Lorsque je l'opérai, Froehner avait près de 80 ans. Le professeur Pozzi avait été frappé par cette guérison et, d'accord avec Edmond Labbé qui était, lui aussi, sénateur, il remontra vivement à son ami le président Clemenceau, qu'il fallait se faire opérer en France et lui conseilla de me prendre. Le Président me fit appeler et me tint textuellement ce langage : « Je vous ai fait appeler pour m'opérer. Je ne vous demande pas s'il faut on non m'opérer, je veux être opéré. Je ne veux pas, quand je serai à la tribune, être gêné par ma vessie. » J'opérai le Président, il guérit très simplement, put résister à toutes les fatigues de 1914-1918, et vécut jusqu'à 88 ans. A quelqu'un qui, lors de sa première rentrée au Sénat, après son opération, lui demandait s'il était satisfait, il répondit : « Ouvrez la fenêtre, je vais p... sur la tête des passants et vous verrez ! »

Pendant sa maladie et dans les années qui suivirent, j'ai beaucoup admiré et beaucoup aimé Clemenceau, et j'ai eu la joie, un jour, d'entendre sortir de la bouche de l'homme le plus qualifié pour les prononcer, le maréchal Pétain, celui qui est en train de sauver la France, les paroles suivantes : « Sans Clemenceau, nous n'aurions jamais gagné la guerre. »

J'ai aimé Clemenceau parce que je l'ai trouvé très différent de tout ce qui a été dit sur lui. Une énergie farouche, une volonté que rien ne peut abattre, un courage magnifique, une intelligence et une érudition incomparables, un homme de pensée et d'action, c'est entendu, mais aussi un homme de cœur et, quoiqu'on puisse penser, bon et compatissant. Le jour où il fut blessé par un assassin qui avait tiré une balle à travers la carrosserie de l'auto, je fus près de lui en quelques minutes, et il me dit ces mots si grands, si vrais : « Quel malheur qu'il m'ait manqué, quelle apothéose ! »

La balle avait traversé le poumon droit et reposait sur le bord droit de l'aorte ; à chaque pulsation, elle était déplacée et c'était vraiment un spectacle impressionnant que la vue, sous écran, de cette balle juxta-aortique qui paraissait parti-

ciper à la vie du gros vaisseau qu'elle avait failli perforer.

Un jour, dans une conversation du dimanche matin, rue Franklin, où j'allais souvent le voir, alors que tant d'autres ne paraissaient plus, c'était vers 1926, je lui demandai quelle était la formule philosophique la plus simple, la plus générale que sa longue expérience de la vie lui avait fait adopter : « C'est très simple, me répondit-il : dans la vie, il faut s'attendre à tout ! » Quelques semaines après, j'eus, malheureusement pour moi, l'occasion de lui répéter sa formule. Son frère Albert, qu'il aimait tendrement, venait de succomber, en quelques secondes, à une crise d'angine de poitrine. J'étais chargé de l'en prévenir et de l'emmener avec moi dans la chambre où son frère venait de mourir. J'étais très ému de ma mission et je lui dis : « Monsieur le Président, vous m'avez appris que dans la vie il faut s'attendre à tout. L'épreuve est là, votre frère Albert vient de mourir subitement. » Il se raidit et vint tout de suite avec moi. Devant ce frère aimé, il se recueillit quelques instants avec une intensité de douleur que j'ai rarement vue.

Lorsque j'opérai Clemenceau, je sentais, je savais que c'était un homme extraordinaire que la fortune mettait entre mes mains. Je savais que son cœur était fatigué, qu'il avait 72 ans, que l'opération était sérieuse, à cette époque. C'est la seule fois, dans ma longue existence de chirurgien, où je fus ému avant d'opérer ; la nuit précédente, je dormis mal et puis, une fois le bistouri en main, j'oubliai toute émotion. C'est une des joies les plus grandes de ma vie de chirurgien d'avoir pu guérir Clemenceau et de l'avoir prolongé près de quinze ans pour lui permettre d'accomplir les actes grandioses que toute le monde connaît.

Je n'ai jamais vu opéré montrer pareille énergie. Quelques jours après son opération, il avait fallu le lever pour combattre un certain degré d'engorgement des bases pulmonaires. Assis dans un fauteuil, il se frappait les cuisses avec les poings en répétant : « Je ne veux pas crever, je ne veux pas crever. » C'est lui, parmi les hommes connus que j'eus à soigner, qui avait le mieux compris les responsabilités du chirurgien. Alors qu'il était hors de danger, il me dit à brûle-pourpoint : « Au fond, m'avoir opéré est pour vous une mauvaise affaire. Si je guéris, personne ne se rappellera que c'est vous, et si je meurs, tout le monde dira que vous m'avez assassiné. »

Je ne puis résister au désir de raconter un de ses mots,

le plus beau qu'il ait prononcé et que je n'ai trouvé relaté nulle part. Un homme politique qui avait été particulièrement ingrat envers lui, vient un matin le voir et insiste pour être reçu. Albert, le fidèle Albert que tous les amis de Clemenceau connaissent, et qui est actuellement le gardien du musée Clemenceau, ouvre la porte et dit au Président : « Monsieur le Président, Monsieur X... est là et désire vous voir. » Le Président : « Dites-lui que je ne suis pas visible. » Mais l'ami ingrat ne veut pas s'en aller et Albert revient quelques instants plus tard : « Monsieur le Président, il est toujours là sur le paillasson et refuse de partir. » Alors Clemenceau ouvrant grand la porte et d'une voix de stentor : « Albert, flanquez-le dehors et surtout n'oubliez pas de brûler le paillasson. »

L'autre grand homme opéré par moi et qui m'a laissé également un souvenir impérissable, c'est le maréchal Lyautey. En 1922, le Maréchal avait donné un empire à la France, il était dans toute sa gloire, mais très malade. Il venait en France pour se faire opérer d'une angiocholite grave avec ictère, due vraisemblablement à un calcul du cholédoque. Il avait largement dépassé soixante-dix ans. Je fus appelé près de lui par ses deux médecins qui étaient en même temps ses amis, le professeur Fernand Widal et le docteur Mauté. Je trouvai un homme très amaigri. Il pesait 47 kilogs, et on sait que le Maréchal était très grand. Il commença l'entretien à sa manière pleine d'humour, en me racontant qu'au fond il était un civil, obligé de mettre de temps en temps des habits militaires rutilants, parce que cela facilitait sa tâche. Telles furent ses premières paroles. Puis il me parla des chirurgiens qu'il avait connus et surtout de Velpeau, qui l'avait soigné pour un mal de Pott. Il avait gardé une grande reconnaissance à Velpeau qui le tint, de longs mois, allongé sur une petite voiture, car le mal de Pott s'était compliqué de paraplégie. Il guérit du reste très bien avec une ankylose dorso-lombaire. Quand il voulut entrer à Saint-Cyr, il fut ajourné deux fois, puis enfin admis. A sa sortie de Saint-Cyr, dans la cavalerie, il fut appelé, avec son escadron, pour procéder, lors d'un hiver très dur, avec chutes abondantes de neige, au déblaiement de la cavée de la Loupe, près de Chartres. Il prit froid et la paraplégie reparut pendant quelques mois. Quel début pour un officier de cavalerie ! Mais rien ne pouvait briser sa tenacité. Il fut un brillant cavalier

et, même après soixante-dix ans, il avait conservé l'habitude de descendre de cheval comme un sous-lieutenant, en lâchant les rênes et en passant la jambe droite par dessus l'encolure. Mais revenons à ma première visite près du Maréchal.

Nous fûmes tous d'accord, le professeur Widal, le docteur Mauté et moi, sur le diagnostic ; il s'agissait d'une angiocholite grave avec grandes poussées fébriles et ictère, angiocholite due certainement, étant données les fréquentes coliques hépatiques antérieures, à un calcul du cholédoque. Nous fûmes aussi d'accord sur la nécessité d'intervenir chirurgicalement et le plus rapidement possible. Je savais que le Maréchal était très lié avec un grand chirurgien, son camarade de jeunesse et je lui conseillai, la nécessité de l'opération étant hors de discussion, de faire appel à ce chirurgien pour lequel j'ai toujours professé une estime particulière. Quelques jours après, le Maréchal me fit revenir, toujours avec Widal et Mauté et me dit, qu'après mûres réflexions, il s'était arrêté à la solution suivante : il me demandait de l'opérer, avec l'aide de son ami le grand chirurgien. A cette demande insolite, je répondis simplement ceci : « Monsieur le Maréchal, quand vous faites une expédition au Maroc, avez-vous l'habitude de vous mettre à deux pour commander ? » Avec sa spontanéité habituelle, le Maréchal répliqua vivement : « Vous avez raison, je suis un imbécile. » Je protestai en lui remontrant qu'il ne connaissait rien aux choses de la chirurgie et que sa demande était dictée par l'amitié. Bref, il fut convenu que j'opérerais le Maréchal. Il existait une vésicule filiforme avec, dans le cholédoque, un calcul unique et de la bile blanche, tout ce qu'il fallait pour aboutir certainement à un insuccès ? Cependant le Maréchal guérit et vécut encore plusieurs années et sur l'une des planches de ce livre, on le voit, deux ans après son opération, passant, au galop de son cheval, une revue de troupes au Maroc.

Après son opération et surtout lorsqu'il eut pris sa retraite à Paris, j'allai assez souvent voir le Maréchal, rue Bonaparte. J'y ai passé des moments inoubliables. Cet homme, qui était sourd, qui avait une manière de prononcer parfois inintelligible, charmait et attachait par sa conversation brillante, documentée, à l'emporte-pièce, dont sa correspondance donne la mesure.

J'ai opéré naturellement un grand nombre de personnalités connues et souvent très intéressantes, dans les milieux

les plus divers de Paris : le milieu universitaire, le milieu religieux, le monde du théâtre, de la finance, de la littérature, de l'industrie, le milieu ouvrier, les habitants des campagnes, et il me semble — c'est peut-être une illusion — que je connais un peu ces milieux. J'ai pu en apprécier les grandes qualités, en observer les petits travers, et chaque année mieux aimer cette pauvre humanité qu'il faut beaucoup plaindre. J'ai toujours été frappé de l'incapacité presque totale des humains d'apprécier à leur juste valeur les médecins et les chirurgiens, et je dirai que cette incapacité est encore plus marquée dans les milieux très cultivés. Quand j'ai fait mes visites de candidature pour l'Institut, j'ai entendu le récit d'un certain nombre d'opérations faites dans l'entourage de ceux auxquels je venais exposer mes titres, et j'ai été très souvent stupéfait du choix de mes illustres confrères. Chacun était persuadé qu'il avait su choisir un chirurgien de haute classe. Je n'ai jamais cherché à combattre leurs illusions ; je crois, du reste, que c'eût été inutile.

Cette incompréhension complète du rôle du chirurgien, cette impossibilité de se rendre compte de la situation d'un opéré ou de la gravité d'une opération, surtout quand il s'agit de l'un des siens (même dans les milieux médicaux), est un fait à peu près général.

Il court, à ce point de vue, une série d'anecdotes, qui sont pleines d'humour. En voici quelques-unes.

Après une opération sévère qui a été difficile, longue, le médecin explique à la famille qu'on s'est trouvé en présence d'un cas très grave, qu'il s'agissait d'une tumeur cancéreuse, que l'on n'est pas sûr d'avoir pu tout enlever, qu'il faut attendre pour pouvoir se prononcer. Alors un membre de la famille : « Vous ne nous cachez rien, n'est-ce pas, docteur ? »

Quelques jours après une opération grave chez une personne très âgée, lorsque le médecin croit devoir dire à la famille que la situation n'est pas satisfaisante, que le cœur réagit mal aux médicaments, que les reins fonctionnent insuffisamment, qu'il y a un peu de congestion aux bases des poumons, que la tension baisse, il court risque de s'entendre dire : « Vous n'êtes pas inquiet, n'est-ce pas ? »

Un de mes assistants de médecine fait opérer d'urgence, au milieu de la nuit, une de ses malades soignée depuis quelque temps pour un ulcère de l'estomac et dont l'ulcère vient de se perforer. Après l'opération, il explique au mari que tout s'est

bien passé, que l'on a placé quelques fils qui ont obturé la perforation et qu'on peut avoir un peu d'espoir. Alors le mari, qui n'a retenu dans les paroles prononcées que celles qui lui font plaisir, tire sa montre et dit cette phrase qu'on ne pourrait inventer : « Il est trois heures du matin, je vais tout de même vous la laisser jusqu'à huit heures ! » Dans les jours suivants, cette malade fait une série d'hémorragies sérieuses, avec nécessité de pratiquer chaque jour une transfusion sanguine, et les médecins ne cachent pas qu'elle est loin d'être hors de danger. Le mari prononce cette phrase merveilleuse : « Ce qui m'inquiète, c'est que je crois que le moral se prend ! »

La faute de ces incompréhensions retombe, sûrement, en partie tout au moins, sur les médecins qui ont le tort d'avoir souvent un langage hermétique. Mais, parfois aussi, ils ne peuvent arriver à se faire comprendre, car il est des malades qui auraient tendance, si on ne les arrêtait, à parler tout le temps et à intervertir ainsi les rôles ou à cacher leurs sensations. Je conterai plus loin ma consultation près d'une grande poétesse. Une autre poétesse très remarquable, mais très jeune, seize ans (était-ce la même?) veut aller consulter le professeur Hayem, mais exige d'y aller seule, sans sa mère. Celle-ci remet une lettre d'introduction et Hayem examine la jeune malade. Elle se plaint de troubles vagues. Hayem la prie de s'allonger sur un canapé ; elle se prend les pieds dans un tapis et manque de tomber. Alors Hayem, aiguillé par ce qu'il prend pour des troubles de l'équilibre, recherche avec une épingle la sensibilité. La jeune fille indomptable croit qu'il faut cacher la douleur et dit qu'elle ne sent rien. Hayem conclut : « Anesthésie généralisée. » Dernière question, Hayem demande : « Que faites-vous ? » Elle répond : « Je fais des vers. » Et alors Hayem, plein de mansuétude, en lui remettant l'ordonnance appropriée, ajoute : « Soyez tranquille, dans un mois vous n'en ferez plus ! »

LE CHIRURGIEN : UN ARTISAN, MAIS AUSSI UN CRÉATEUR

L'artisanat disparaît de plus en plus, tué par la machine. Bernard Shaw (*Guide de la femme intelligente*), a parfaitement décrit cette mort de l'artisanat, en prenant comme exemple le cas d'un fabricant d'épingles. Autrefois, le petit artisan était capable de faire une épingle depuis le commencement jusqu'à la fin. Aujourd'hui, c'est la machine qui fait tout, même glisser les épingles à travers les feuilles de papier rose, et il n'est, de par le monde, un artisan qui soit capable de réaliser la fabrication d'une épingle. Pour la chirurgie, il n'en est pas de même. Les instruments anciens ont pu être perfectionnés, des instruments nouveaux ont pu être inventés, la tâche du chirurgien a pu être facilitée dans des proportions considérables, il n'en reste pas moins qu'aujourd'hui, comme il y a mille ans, le chirurgien exécute lui-même toute l'opération, depuis A jusqu'à Z. Le jour où, par exemple, une machine particulière permettrait de faire les sutures de l'estomac (on en a inventé qui n'ont pas donné satisfaction), ou de faire les sutures de la paroi abdominale, lorsque le chirurgien n'aura plus qu'à déclencher, mettre en marche cette machine à suturer, il pourra ignorer comment elle est construite, comment elle fonctionne ; il terminera alors sa besogne d'une façon peu consciente, et le chirurgien aura cessé d'être l'artisan complet qu'il est aujourd'hui. Comme le menuisier du village, comme le charron, comme le peintre et comme le sculpteur (et encore le sculpteur a besoin d'un praticien), le chirurgien travaille de ses mains, guidées par son cerveau, pour une besogne qui n'est jamais identique, même si le cas est comparable, et dans laquelle il y a toujours

de l'imprévu, de l'inattendu. C'est ce qui fait sa supériorité. Si une épingle est toujours une épingle, une opération chirurgicale n'est jamais absolument identique à une autre.

Toute la formation du chirurgien se ressent de cette nécessité d'artisanat. L'élève chirurgien est d'abord apprenti près d'un maître ; il progresse ainsi chaque année jusqu'au jour où il devient maître à son tour, ce qui lui demande une quinzaine d'années, et lui-même transmettra la tradition à des générations plus jeunes. Cette vie en commun crée des rapprochements, des amitiés, de telle manière que tout service de chirurgie est un peu une grande famille, avec les petits heurts, les petites difficultés de la vie en commun, comme cela se rencontre dans les meilleures familles. Le chef de service est un père dont l'autorité doit être reconnue, sans quoi toute la maison est en désarroi. Je souhaite que dans notre pays, l'évolution des services de chirurgie se fasse de plus en plus vers la conception allemande, au moins dans ses grandes lignes. Je n'ai pas attendu la guerre de 1939 pour manifester (et je l'ai fait à de nombreuses reprises), l'estime particulière que j'ai toujours eue, depuis mon premier voyage en Allemagne vers 1901, pour *l'organisation* des services de chirurgie allemands. De grands services, trois cents lits au moins, avec des assistants de plus en plus entraînés, les uns (les internes) ayant vingt-cinq ans, les aides-chirurgiens de vingt-cinq à trente-cinq ans, les assistants (chirurgiens des hôpitaux en expectative d'un service) comptant de trente-cinq à quarante-cinq et enfin les chefs de service débutant vers quarante ou quarante-cinq ans, et travaillant jusqu'à la retraite. Tel est le système que j'ai réalisé. Ce système sera sûrement, et peut-être un jour prochain, plus ou moins remanié. Dieu veuille que ce soit pour réaliser un progrès, ce dont je suis loin d'être certain.

Regarder travailler un ouvrier habile (il y en a beaucoup en France) est, pour un chirurgien, outre un spectacle intéressant, une leçon utile. Un ouvrier méthodique qui sait bien préparer son travail, l'exécuter avec simplicité et précision, sans faux-temps, sans bavure, m'a toujours procuré une très grande joie.

Voici le passage de Bernard Shaw à propos des épingles :

« Prenez les épingles, par exemple. Je ne sais comment il se fait que j'en use si peu, alors que ma femme ne peut rien faire si elle n'en a pas des boîtes pleines à portée de sa main ;

mais c'est ainsi... Il fut un temps où les fabricants d'épingles achetaient leurs matières premières, les travaillaient ; façonnaient la tête et la pointe de leurs épingles, les ornaient... Non seulement ils savaient comment la chose était faite d'un bout à l'autre, mais ils savaient la faire. Mais ils n'étaient pas en état de vous vendre une feuille d'épingles pour cinq centimes. Les épingles coûtaient si cher que l'argent pour la toilette d'une femme était appelé « ses épingles ».

« Vers la fin du dix-huitième siècle, Adam Smith était fier de dire qu'il fallait dix-huit hommes pour faire une épingle. Chacun d'eux intervenait pour une petite part dans sa fabrication, passait ensuite l'épingle à son voisin. Aucun d'eux n'était capable de faire une épingle complète ou d'acheter les matières nécessaires pour la faire, ni de la vendre quand elle était terminée... c'étaient des hommes manifestement moins capables et possédant moins de connaissances que les vieux fabricants d'épingles... En mettant chacun des hommes à ne faire qu'une petite partie du travail, et rien que cela, encore et toujours, ils acquéraient une très grande rapidité dans leur travail. Les ouvriers, dit-on, en arrivaient à produire chacun près de cinq mille épingles par jour. Et ainsi les épingles sont devenues abondantes et bon marché. Aujourd'hui les dix-huit hommes d'Adam Smith sont aussi disparus que le diplodocus. Les dix-huit machines de chair et de sang sont remplacées par des machines d'acier qui dégorgent les épingles par centaines de millions. Le résultat, c'est qu'en dehors des quelques personnes qui conçoivent les machines, personne ne sait comment faire une épingle, ni comment une épingle est faite. Cela revient à dire que l'ouvrier moderne, dans une fabrique d'épingles, n'a plus besoin d'être la dixième partie aussi intelligent et aussi adroit que le vieux fabricant d'épingles. »

Un de mes confrères de l'Académie des Sciences, M. Caquot, me disait récemment qu'il existe actuellement, des machines pour creuser la terre qui, manœuvrées par un seul homme, font, en une seule journée, le travail de vingt mille ouvriers. Je dis bien vingt mille !

Il y aurait encore beaucoup d'autres développements à faire sur le machinisme et Bernard Shaw n'y manque pas. Cela nous entraînerait vraiment trop loin de la chirurgie, mais la chirurgie — et ce n'est pas là un de ses moindres charmes — n'a pas subi cette évolution. Le chirurgien ne peut encourir

le reproche de Bernard Shaw : « Il faut que nous achetions des livres et des encyclopédies pour découvrir en quoi consiste ce que nous faisons toute la journée. Et comme les livres sont écrits par des gens qui ne font pas ces choses personnellement et qui tirent leurs informations d'autres livres, ce qu'ils nous disent est en retard de vingt à cinquante ans et impraticable. » Heureusement, la profession chirurgicale ne connaît pas de tels dangers ! Le chirurgien parle de ce qu'il connaît et comme il l'aime, il en parle bien.

Le chirurgien n'est pas forcément, exclusivement, un exécutant, il peut être aussi un compositeur. C'est par les méthodes nouvelles, les procédés qu'il a créés, c'est par des améliorations apportées à des procédés anciens et abandonnés, auxquels il donne une nouvelle existence, que le chirurgien devient un créateur. Il fait ainsi œuvre originale et son nom peut passer alors à la postérité. Et encore, un procédé nouveau peut tellement entrer dans la pratique que bien souvent le nom de son inventeur courra le risque d'être oublié. Le nom d'Ambroise Paré sera universel, grâce à la ligature des artères. Au nom de Péan et de Kœberlé restera attachée la pince à forcipressure. Tout chirurgien qui parle gastrectomie ne pourra s'empêcher de penser à Billroth ; à Kocher à propos de thyroïdectomie ; à John Lister à propos d'antisepsie ; à Félix Terrier à propos d'asepsie ; à Körte à propos des opérations sur le pancréas ; à Harvey Cushing à propos de la chirurgie cérébrale; à Halsted à propos d'opération large pour cancer du sein. Ainsi chaque chirurgien, selon qu'il est plus ou moins érudit, selon qu'il a mieux classé dans son esprit tous les procédés qu'il emploie couramment avec les noms de leurs auteurs, chaque chirurgien se sera fait un monde spécial peuplé de ses grands prédécesseurs, monde dans lequel il vit comme s'il les avait connus personnellement, tout en étant en relations avec les chirurgiens les plus renommés dans chaque pays. Ces chirurgiens renommés, ses contemporains, il faut qu'il les rencontre dans les congrès, dans les sociétés savantes, il faut qu'il aille les voir chez eux, dans leurs salles d'opération. Alors s'établira de plus en plus, entre tous les chirurgiens du monde entier, une collaboration bienfaisante, non seulement pour les progrès de la chirurgie, mais qui sera de la plus grande utilité pour l'établissement de bons rapports d'estime et de respect que tous les pays doivent, en tout cas devraient, avoir les uns pour les autres.

CE QU'UN GRAND PATRON PEUT FAIRE POUR SES ÉLÈVES

Heureux ceux qui ont été les élèves d'un grand patron. Le grand patron est souvent en butte aux critiques de gens qui, pour la plupart du temps, ne le connaissent pas, et sont malheureusement animés, pour juger son œuvre et son action, de plus d'envie et de jalousie que d'esprit de justice. Je retrouve à chaque pas de ma carrière l'action bienfaisante de mes deux grands patrons, Félix Guyon et Félix Terrier. A chaque instant leur main amicale m'a guidé, bien souvent sans que je m'en sois rendu compte sur le moment même, et c'est parfois de longues années après que j'ai reconnu leur bienfaisante intervention, guidée par le seul désir d'aider ceux qui leur en paraissaient dignes.

Je me rappelle toujours avec émotion et reconnaissance la part que prit mon maître Guyon à ma nomination de chirurgien des hôpitaux, en 1903. J'étais, malheureusement pour moi, agrégé de chirurgie depuis deux ans, et les jurys, composés en grande partie de chirurgiens des hôpitaux non agrégés, n'aiment pas beaucoup voir se présenter devant eux des candidats pourvus de ce titre. Il vaut mieux être nommé aux hôpitaux d'abord, à l'agrégation ensuite. En tout cas j'avais eu comme question d'écrit « Articulation sacro-iliaque » et « Fractures du bassin ». Ma question d'anatomie était grêle. J'avais depuis longtemps et, heureusement pour moi, abandonné toute la préparation si stérile de ces questions d'anatomie, mais le jour du concours, cela faillit me jouer un très mauvais tour. Au contraire, pour la pathologie (fractures du bassin) j'avais une composition vraiment très bonne, car j'avais traité le sujet à mon cours à la Faculté. J'avais lu la plupart des mémoires originaux et étudié de fort près toutes

les pièces du musée Dupuytren dont j'avais fait dessiner les plus typiques par mon ami Frantz, le dessinateur chirurgical si connu et qui déjà, à cette époque, travaillait pour moi. Lors de la discussion pour attribuer les points — le maximum était trente — l'un des juges qui n'avait pas pour moi la même estime que mon maître Guyon qui présidait le jury, me proposa pour la pathologie, le maximum de points, c'est-à-dire quinze, mais 7 à 8 points seulement, pour l'anatomie. Cela faisait 22 ou 23, je n'aurais sûrement pas été nommé. Mais Guyon, avec toute sa conviction, toute son affection pour moi, démontra au jury que le jugement de Salomon, moitié, moitié, n'était pas à imiter, qu'il fallait tenir compte de l'ensemble de l'écrit, et, finalement j'obtins 27 sur 30. Grâce à cette note et à mes autres épreuves, qui furent bonnes, je fus nommé chirurgien des hôpitaux ; j'avais 31 ans. Le service que m'avait rendu mon maître Guyon fut immense, car il me permit, débarrassé du travail de bachotage lamentable que nécessitaient les concours à cette époque (et peut-être encore aujourd'hui), de me livrer exclusivement à la chirurgie réelle, c'est-à-dire examiner des malades, poser des indications, opérer et ensuite publier, sur ce que l'on observe, les faits qui paraissent intéressants.

Deux ans auparavant, lors de mon concours d'agrégation, j'avais eu à traiter, dans le grand amphithéâtre de la Faculté, pour la question orale de trois quarts d'heure, après trois heures de préparation sans le secours d'aucun livre, la question : Plaies articulaires. Pour quelques juges, cette question, était très simple. Au cours d'un accident, un blessé reçoit dans une articulation, un coup d'épée, un coup de couteau ; il s'ensuit une arthrite suppurée ; que faut-il faire ? Ayant lu un certain nombre de mémoires sur la guerre récente des Boers, mémoires rédigés par des chirurgiens anglais, en particulier par le docteur Makins, je crois, j'exposai surtout, dans ma leçon, les dégâts produits au niveau d'une articulation par les blessures de guerre, plaies par balle, plaies par éclats d'obus, avec les fractures articulaires multiples que provoquent de tels agents, et la nécessité de pratiquer souvent des résections ou même des amputations. Ma question, au lieu de retarder, précédait un peu l'époque où nous étions, elle aurait pu sans risque être ainsi présentée à la fin de la guerre de 1914-1918. Elle choqua quelques-uns des membres du jury. Heureusement que mon maître Terrier en faisait

partie, ainsi qu'un juge de Montpellier, le professeur Forgue qui devint par la suite mon grand ami. Ils apprécièrent ma question, me défendirent et, comme mes autres épreuves plurent à tous les membres du jury, je fus nommé agrégé, encore jeune, puisque je n'avais que 29 ans. Je n'ai jamais oublié et chaque année il me paraît plus efficace, le rôle que jouèrent dans ce concours mon maître Terrier et le professeur Forgue. Celui-ci, presque chaque fois que j'ai le plaisir de le voir, ne manque jamais de m'exprimer la joie que lui donna ma nomination. Mon grand ami le professeur Jeanbrau (de Montpellier) avec lequel j'avais, pendant plusieurs mois, préparé le concours d'agrégation, passa le même jour que moi, sur la même épreuve, et fut aussi nommé ; il avait fait des épreuves remarquables. Ce fut pour lui le début de la magnifique carrière que tout le monde connaît, et, pour nous deux, la naissance d'une amitié fraternelle que près de quarante années n'ont fait que rendre toujours plus douce et plus étroite.

Je le vis bien pendant la guerre de 1914 : j'avais été quelques jours souffrant et j'avais dû prendre un lit dans mon propre hôpital de Châlons-sur-Marne, l'hôpital Corbineau. Jeanbrau, qui était dans une autre armée, apprend que je suis malade, et, malgré toutes les difficultés, accourt près de moi. En le voyant entrer dans ma chambre où, tristement, je trouvais les minutes un peu longues, je fus immédiatement remis en confiance et guéri, oui guéri, à la lettre !

On critique énormément le système des concours. Pour ma part, les concours ne me rappellent que des épreuves heureusement terminées et je n'en conserve que des souvenirs agréables. J'ai beaucoup travaillé pour les préparer, mais d'un travail utile et dans lequel j'avais soin de négliger systématiquement ce qui me paraissait pouvoir l'être.

C'est une époque de ma vie où je fus également très heureux.

Dans les temps égalitaires où nous nous enfonçons de plus en plus, on juge sans bienveillance les grands patrons. Il en était déjà un peu ainsi autrefois, et on était, dans les milieux médicaux et surtout parmi les jeunes, fort peu tendre pour eux. On ne les connaît pas, on ne les voit que de loin, et on aime à les critiquer. Dans certains pays — d'aucuns prétendent que c'est surtout l'apanage des races latines, apanage bien regrettable — l'envie et la jalousie sont à la base de beaucoup

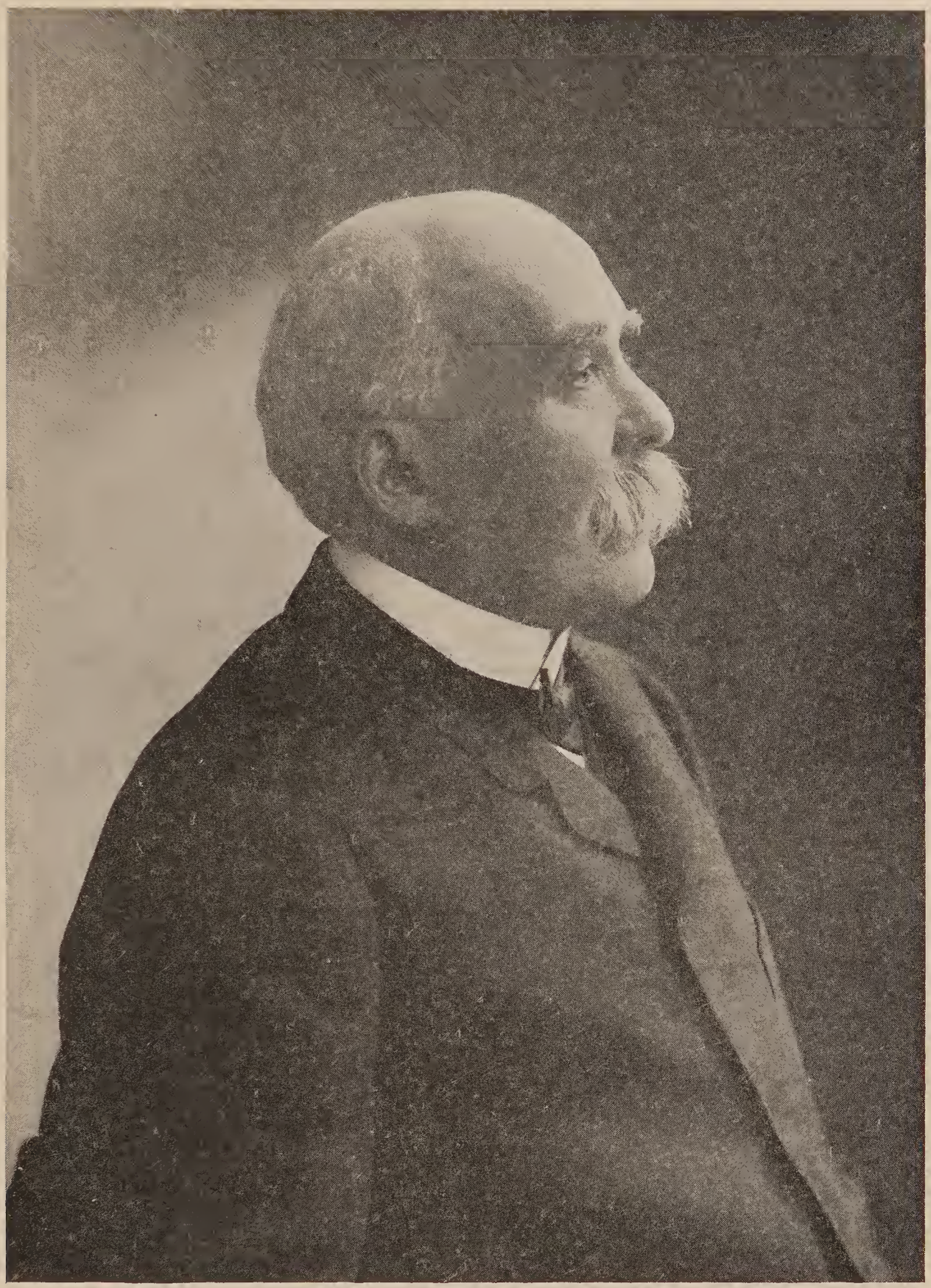
de jugements, souvent sans que ceux qui éprouvent ces détestables sentiments s'en rendent bien exactement compte. Malheur à celui qui s'élève, même si l'élévation est due à des dons naturels, à un travail de tous les instants, à un labeur acharné.

QUELQUES SOUVENIRS

Je relate encore ici quelques-uns de mes souvenirs, suivant l'ordre dans lequel ils se présentent à ma mémoire.

Une de mes premières opérations de ville fut un cas très difficile, dans un milieu malheureusement très en vedette. Je fus appelé par mon ami Léon Bernard, vers 1902, — je n'étais pas encore chirurgien des hôpitaux, — près d'une de ses malades, femme âgée, fort grasse, présentant une lithiase vésiculaire infectée. Je tins à ce que mon maître Terrier vînt la voir, pour confirmer notre décision d'opérer et aussi pour le prier d'opérer à ma place. C'était à la fin de juillet. Terrier allait quelques jours plus tard partir pour sa villa de Cannes. Il examina la malade avec grand soin, conclut lui aussi à la nécessité d'une opération aussi précoce que possible et, comme je le priais avec insistance, en mon nom et au nom de la famille, de se charger de cette opération, il eut cette phrase admirable, comme seul il était capable d'en avoir : « Je pars dans quelques jours pour mes vacances d'été, je ne puis opérer cette malade. Du reste, vous ne pouvez être en meilleures mains, vous avez Gosset, il vous opérera mieux que moi. » Pour vaincre l'hésitation qu'il sentait chez cette famille de grands bourgeois, il avait volontairement forcé la note, mais il m'estimait à un tel degré, il avait en moi une telle confiance, et d'autre part il avait une telle modestie, que je suis sûr qu'il pensait, sans aucune hésitation, que je l'opérerais « aussi bien que lui ». Heureux les débutants qui ont de tels maîtres !

A l'autre extrémité de ma vie, un cas récent et très difficile aussi, heureusement terminé, m'a procuré une bien grande joie. Il s'agissait d'une affection très rare, un très volumineux



A Gosset qui m'a sauvé la vie
Nadarz G Clemenceau PARIS

PHOTOGRAPHIE DONNÉE PAR CLEMENCEAU A L'AUTEUR

PHOTOGRAPHIE DONNÉE A L'AUTEUR PAR LE MARÉCHAL LYAUTEY

kyste dermoïde rétro-péritonéal, chez un homme. Le ventre était distendu, comme s'il s'agissait d'une très abondante ascite, mais une ponction ramena un liquide grisâtre et des cheveux : le diagnostic de kyste dermoïde était donc évident. J'entrepris l'opération et, après avoir évacué plus de vingt litres de cette matière spéciale des kystes dermoïdes, je pus, en avançant pas à pas, décoller cette énorme poche qui remplissait tout l'abdomen, les fosses iliaques et le petit bassin et remontait presque jusqu'au diaphragme. La poche s'insérait sur la colonne vertébrale, au-dessous du pancréas ; elle avait décollé et repoussé en avant la veine cave inférieure et les veines iliaques primitives. L'opération dura plus de deux heures, et fut du reste parfaitement supportée.

Un autre cas qui me donna bien du mal et beaucoup de fatigue, et dans lequel je fus récompensé par une belle guérison, avec conservation d'une jambe fort compromise, est celui d'un jeune élève du Collège de Normandie, à Clères, près de Rouen. C'était à l'automne de 1908. Il s'agissait du fils unique d'un banquier de Lyon qui avait quitté pour la première fois sa famille, à l'âge de quinze ans. Il présentait une fracture ouverte de jambe et, quelques jours après, s'était déclarée une gangrène qui remontait jusque près du genou. Je me rendis à Rouen, où son médecin, le docteur Bataille, qui m'avait appelé, me prit en auto pour me conduire à Clères. Je n'avais pas encore vu la guerre de 1914 et tant de membres que nous fûmes obligés d'amputer ! Pour moi, à cette époque, une amputation était une chose que je n'aurais jamais voulu accepter pour moi-même. Je raisonnai chez ce jeune homme comme je l'aurais fait pour moi, et j'exposai aux parents — il ne s'agissait pas naturellement d'une gangrène gazeuse à marche rapide — j'exposai aux parents désolés, qu'il y avait deux possibilités : ou amputer de suite, au-dessus du genou ; la vie alors était sauvée, mais avec un douloureux sacrifice ; ou courir un grand risque et chercher à conserver la jambe et la vie, mais en risquant de perdre la vie. Les parents choisirent la seconde solution. Je fis d'énormes débridements, j'injectai de l'eau oxygénée profondément dans les tissus pour arrêter l'ascension de la gangrène (à cette époque, il n'y avait pas de sérum antigangréneux, puisque les premiers essais de Vincent et de Weinberg, datent des premiers mois de la guerre de 1914), et j'eus l'immense satisfaction de guérir ce jeune homme en lui

conservant la jambe. Mais que de fatigues ce malade me donna. J'allais à Rouen tous les deux jours, l'auto de mon ami était bien inconfortable, absolument ouverte à tous les vents ; mais j'oubliai vite la fatigue, puisque mon malade guérit.

Un autre opéré, qui me prit aussi beaucoup de temps et me donna également beaucoup de peine, fut un malade que je traitai, près de Vernon, pour une appendicite gangréneuse. C'était en 1910, exactement le 14 juillet. Je me rappelle le jour, car sur la route, les gens en fête tiraient des coups de fusils et des pétards. Je partis de Paris en auto, avec une sœur de la rue Bizet, la sœur Baptiste, sœur admirable pour son dévouement et sa compétence. Arrivé à Vernon vers 6 heures de l'après-midi, je trouvai un homme d'une trentaine d'années, gras, avec tous les signes d'une appendicite à marche rapide. La situation se compliquait du fait qu'il fallait ménager la femme de mon malade, tout près d'accoucher, et que la belle-mère m'avait pris à part pour me dire d'un ton péremptoire qu'elle ne croyait pas à l'appendicite ! Je décidai d'attendre quelques heures, car la conduite à tenir dans une appendicite aiguë était encore discutée, et à onze heures du soir, les signes d'intoxication s'aggravant, je pris la résolution, malgré l'état de la femme du malade, à laquelle il était impossible d'exposer la gravité du cas, malgré la belle-mère à laquelle on ne pouvait rien faire entendre, je pris la résolution courageuse — permettez-moi de me rendre cette justice — de pratiquer l'intervention. Je n'ai jamais eu aussi chaud qu'au cours de cette opération, non pas d'émotion, mais par la terrible chaleur que dégageaient deux énormes phares d'auto! Je trouvai un appendice gangrené, perforé, situé en avant des anses grêles, dans une très mauvaise position : ce sont habituellement des cas qui comportent un pronostic grave. Après avoir largement drainé et méché, et avoir pendant l'opération entendu sonner les douze coups de minuit à l'horloge du village, je fus tout à fait satisfait de montrer un tel appendice si lésé à la belle-mère du malade qui ne manqua pas de me répéter « qu'elle ne croyait pas à l'appendicite ». La vieille mégère, je l'aurais giflée ! J'allai me coucher quelques heures, avec beaucoup d'inquiétude et je ne fermai pas l'œil, car j'avais porté un sombre pronostic. Qu'allaient dire la jeune femme qui, elle, ne savait rien, et la belle-mère qui, elle, était une incrédule totale. J'oublie de

dire que le malade, homme très courageux, m'avait demandé la vérité, toute la vérité. Mais il ne serait plus là pour me défendre. Je laissai près de l'opéré la sœur Baptiste, et à six heures du matin, je partis pour Paris. Je retournai chaque jour à Vernon pour y arriver à sept heures du soir et rentrer à Paris vers 10 heures, et cela pendant au moins dix jours. Grâce à la sœur Baptiste, grâce à la jeunesse et à la résistance du malade, grâce aussi à l'ablation de cet appendice gangrené, mon opéré guérit pour ma plus grande satisfaction. Je suis toujours resté en relations avec lui, et pendant la guerre de 1914, je l'ai hospitalisé à Châlons, à mon ambulance de l'hôpital Corbineau. Quant à la belle-mère, on la rencontrait souvent à Paris, vers 1920, remontant les Champs-Elysées, avec un petit tonneau tiré par un bon trotteur qu'elle conduisait elle-même, et je ne pouvais jamais la voir, même après vingt ans écoulés depuis mes voyages à Vernon, sans être tenté de la maudire.

Voici un cas très simple chez le fils d'un très grand peintre. Ce jeune garçon s'était fait, avec un coup de serpette, une section complète du pouce droit, squelette compris, immédiatement en avant de l'articulation phalangienne. Le doigt pendait, retenu seulement par le tendon fléchisseur et la peau de la face palmaire. Je n'eus qu'à réadapter le doigt, suturer le tendon extenseur et la peau, et tout reprit parfaitement. L'enfant avait dix ans, il en a maintenant dix-huit, tout est parfait. J'avais eu peu de mal, j'en tirai un grand bénéfice moral.

Je fus un jour bien mal récompensé d'avoir gardé la correction la plus élémentaire envers mon maître Terrier. A la fin de l'année 1904, mon maître, partant se reposer quelques jours au soleil du Midi, m'avait averti qu'il opérerait à sa rentrée une femme portant un fibrome utérin et qui était extrêmement grosse. « Un véritable éléphant », précisa-t-il. Il avait horreur d'opérer des femmes obèses. Or, quelques jours après, je vois arriver chez moi, à ma consultation, une femme énorme avec un fibrome. Elle était tellement énorme, que, toute de suite, me vint à l'esprit que ce ne pouvait être que la malade dont m'avait parlé Félix Terrier. Il ne pouvait y avoir dans Paris deux femmes comme elle, avec un fibrome. Aussi je considérai comme mon devoir de lui dire : « Mais, Madame, ne deviez-vous pas être opérée dans quelques jours par mon maître Terrier ? » Elle avoua, et je la persuadai

d'attendre. Dans les premiers jours de janvier, Terrier étant de retour à Paris, opéra, par conséquent, cette énorme femme, à la maison de santé de la rue Bizet. L'opération fut très correctement conduite, mais au moment où elle se terminait (on avait le tort à cette époque d'employer le chloroforme), bien que l'anesthésie eût été administrée par le parfait anesthésiste qu'était le docteur Boureau, l'anesthésiste de Terrier et le mien pendant plus de quarante ans, à la fin de l'opération, la malade eut un arrêt du cœur. Tout fut mis en œuvre pour la ranimer ; elle succomba malgré tous nos efforts. La famille, c'est-à-dire le mari et deux dames attendaient dans une pièce voisine. Mon maître me dit : « Gosset, venez avec moi, nous allons leur parler. » Il entre et trop ému pour prendre des circonlocutions, il dit simplement au mari : « C'est fini ! » Le mari ne comprend pas et remercie beaucoup M. Terrier de s'être déplacé pour donner des nouvelles de l'opérée. Alors mon maître de plus en plus malheureux répète : « Je vous dis que c'est fini ! » Nouveaux remerciements du mari. Finalement, hors de lui, Terrier s'écrie : « Je vous dis qu'elle est morte ! » Alors qu'ai-je entendu ! Les mots de « misérable » et d' « assassin » étaient parmi les plus doux. Désolé de cette scène, plaignant profondément mon bon maître que je savais si sensible, je le pris doucement par les épaules et lui fis gagner la porte, et je restai seul à calmer cette famille exaspérée. Mais vous allez voir la suite. Cette malade n'était pas seulement monstrueuse de graisse, elle était aussi à la tête d'une importante maison de corsets, rue de Miromesnil, et avant son opération, à chacune de ses clientes, elle avait raconté qu'elle allait se faire opérer par moi. Aussi, pendant quelques mois, j'ai vu arriver un certain nombre de malades qui désiraient se faire opérer, et qui, après avoir entendu mes conseils, me disaient avec un petit air innocent : « Voyez-vous, Docteur, je ne crains pas l'opération, mais je crains l'anesthésie. » Et comme je cherchais à les rassurer en leur disant que l'anesthésie était chose très simple, plusieurs de ces visiteuses me répliquèrent : « Mais cependant, Docteur, vous avez opéré dernièrement ma corsetière et elle a succombé à l'anesthésie. » J'encaissais sans protester, mais dans mon for intérieur, je maudissais les femmes obèses... et les bavardes.

Je me rappelle toujours, avec un sentiment de tristesse, la première vésicule biliaire que j'ai opérée. C'était à l'hôpi-

tal Bichat, en 1899, lors de mon année de médaille d'or. Mon maître Terrier, voulant me donner une grande marque de confiance, me chargea d'opérer une malade ayant des calculs dans la vésicule biliaire ; c'était une marque d'estime d'autant plus grande que toutes les « vésicules » étaient réservées à lui personnellement. A cette époque, on ne pratiquait pas l'ablation de la vésicule, on se contentait de l'ouvrir, d'enlever les calculs qu'elle contenait, et de la suturer à la paroi.

Si l'on avait soin de faire la suture, non pas à la peau, mais aux aponévroses, la fermeture spontanée était de règle. J'opérai donc cette malade. Je me rappelle qu'après l'ablation des calculs, la bile coulait abondamment. Sans doute n'ai-je pas « protégé » avec assez de soin la cavité péritonéale pendant le temps des sutures, toujours est-il que mon opérée fit une péritonite lente à laquelle elle succomba au bout de dix jours. C'était une petite femme belge, courageuse, douce, et j'ai toujours dans l'oreille son charmant « si ou plaît » qu'elle mettait à chacune de ses phrases. Mon maître me voyait très malheureux de cet insuccès, il ne me fit pas la moindre observation, il n'en souffla jamais un seul mot. Mais, après quarante ans, je n'ai pas oublié ma petite opérée belge. Je revois encore le lit qu'elle occupait dans le petit pavillon d'isolement de l'hôpital Bichat. Ce fut pour moi une dure leçon.

La reconnaissance des opérés — et surtout des modestes opérés d'hôpital — s'exprime souvent d'une façon touchante. Que de fois j'ai vu de braves gens, que j'avais opérés à titre gracieux, se montrer heureux de pouvoir amener chez moi des amis qui, eux, pouvaient me remettre des honoraires. J'entends toujours l'un d'eux, me disant après m'avoir conduit un de ses amis : « Et surtout, avec celui-là, ne faites pas comme avec moi, il est très riche, il peut vous remettre pour l'opération au moins cinq cents francs ! »

J'ai été très attaqué dans ma vie, et quelquefois bien injustement. Mais j'ai eu la reconnaissance de mes opérés, et surtout des humbles. Je ne voudrais citer qu'un exemple merveilleux de reconnaissance qui me laisse un souvenir attendri.

Un jour, mon ami le docteur Gerst, vint me chercher, très tard dans la soirée, dans l'hiver de 1900, pour m'emmener avec lui à la Vieille Pitié, près d'une domestique dévouée à laquelle j'avais fait une opération rare pour l'époque, et qui était en train de mourir. Lors de l'opération de cette malade,

j'avais trouvé une lésion que je n'avais jamais encore rencontrée, un infarctus de l'intestin grêle. Sur une longueur de près d'un demi-mètre, l'intestin était infarci. D'instinct, je réséquai toute la partie malade. C'était, je crois, le premier cas opéré en France. L'opération était risquée pour l'époque, et quarante-huit heures après, l'opérée était mourante. Le docteur Gerst désirait avoir de moi la satisfaction d'une dernière visite. Il était près de minuit, il m'avait surpris en train de préparer le concours d'agrégation, et j'acceptai de me rendre avec lui à la Vieille Pitié, d'autant plus que j'étais appelé au bastion 29, près de la porte d'Aubervilliers, dans le service de typhiques du professeur Chantemesse, pour opérer un malade qui venait de faire une perforation intestinale et près duquel me réclamait mon ami Rey, interne du service. A cette époque, il n'y avait pas encore de voitures automobiles. Il n'y avait que des fiacres ; il fallait descendre dans la rue, arrêter un cocher, parlementer avec lui, et obtenir qu'il voulût bien vous conduire. Le cocher que j'avais arrêté acceptait bien d'aller à la Vieille Pitié, mais répugnait à me conduire au bastion 29, qu'il considérait comme trop excentrique et dans un quartier trop désert. Nous arrivons finalement, Gerst et moi, à la Vieille Pitié, et je constate que mon opérée à l'infarctus intestinal, est, en effet, moribonde. Je fais à Gerst un geste d'épaules pour lui signifier qu'il n'y a plus rien à tenter, et sur le pas de la porte de la chambre de la malade — je vois encore cette chambre, dans le pavillon des laparotomies de mon maître Terrier — j'exprimai tout haut l'ennui que me causait la résistance du cocher pour me conduire au bastion 29 et le regret que j'avais de ne pas posséder un revolver. Or, fait miraculeux, cette malade guérit, elle quitta l'hôpital et puis je perdis son souvenir. Quatre ou cinq ans après, je vois arriver chez moi une pauvre simple femme qui me remercie, me rappelle qui elle est, pose sur le bord de ma table un petit paquet enveloppé dans un vilain papier gris avec une vieille ficelle, et s'en va. Le soir, je m'aperçois que le paquet n'a pas été ouvert ; je l'ouvre, et quelle est ma stupéfaction d'y trouver un magnifique revolver. Ainsi cette pauvre femme qui, quoique moribonde, avait entendu tout ce que j'avais dit, avait mis cinq ans pour pouvoir, avec ses économies, sou à sou, m'acheter un revolver, et quel revolver, avec une crosse en nacre et mes initiales gravées ! Vous voyez la reconnaissance des humbles.

Un cas qui m'a toujours laissé un souvenir agréable, et par le résultat obtenu et par la délicate reconnaissance de mon opéré, fut celui d'un Anglais que j'opérai quelques années avant la guerre de 1914. Il s'agissait d'un cas très rare, une fistule entre l'intestin grêle et la vessie ; vous en voyez les conséquences pour le malheureux malade. Il avait été sur le point de se faire opérer à Londres et finalement vint à Paris, se remettre entre mes mains. Il y avait eu, sans doute, ulcération tuberculeuse de l'intestin grêle avec ouverture dans la vessie. J'opérai en deux temps : dans un premier temps, je fis une exclusion de l'anse malade, en rétablissant le circuit normal par une anastomose bout à bout, et, dans un second temps, j'extirpai l'anse exclue avec la fistule et une collerette vésicale. La guérison fut obtenue après plusieurs semaines de soins. Or voici la suite : pendant la guerre de 1914, mon opéré anglais mourut, et son frère qui habitait Londres et qui était son héritier, m'écrivit pour m'annoncer le décès et pour me dire que, dans son testament, mon ancien opéré me laissait une certaine somme, différence entre le prix que je lui avais demandé et celui que les chirurgiens de Londres lui avaient fixé. Pour préciser, j'avais demandé à ce malade huit mille francs ; les chirurgiens anglais lui avaient demandé vingt mille francs ; il me léguait la différence, c'est-à-dire douze mille francs. Vous me direz — et maintes personnes à qui j'ai raconté cette histoire n'ont pas manqué de le faire — vous me direz que, en me réglant mes honoraires, mon opéré aurait pu me remettre directement ce qu'il m'a laissé après sa mort. Eh bien ! je pense que mon opéré, en agissant comme il l'a fait, fit preuve d'un grand scrupule et d'une délicatesse extrême. Il se considérait débiteur envers moi, mais me remettre la différence eût été une sorte de gratification un peu choquante, et il préférait que cette somme qu'il considérait me devoir, me fût remise après sa mort, s'il venait à mourir avant moi.

Encore une histoire anglaise. Je soignai un jour, avec mon ami le docteur Rist, deux Anglaises. C'étaient deux vieilles filles, grandes et maigres, qui, comme beaucoup d'Anglaises, venaient faire de la peinture à Paris, dans le quartier Notre-Dame-des-Champs, et passaient l'hiver en Égypte. Je devais, quelques jours après, opérer l'une d'elles pour un fibrome utérin, lorsque je fus d'urgence appelé près de l'autre sœur qui avait, elle aussi, un fibrome, et était en train de succom-

ber à des accidents péritonéaux tellement foudroyants que, même aujourd'hui, je ne puis les expliquer. Je me rappelle à ce propos, un incident bien typique. Le frère de cette moribonde revenait de la guerre des Boers et je le trouvai en smoking. L'heure du dîner approchait. Il n'avait pas encore pénétré près de sa sœur, car il n'eût pas voulu le faire sans en avoir obtenu de nous l'autorisation. Indifférence, dira-t-on ? Non, suprême correction, et ceux qui connaissent bien les Anglais comprendront.

Devant une telle tragédie, je dis à l'autre sœur, celle que je devais opérer quelques jours plus tard, qu'il était préférable de différer son opération. Elle ne voulut rien entendre, ne voulant rien changer à ce qui avait été décidé. Chose encore plus typique, le père quelque temps après, m'écrivit de sa lointaine Écosse, pour me remercier non pas seulement de ce que j'avais fait pour sa fille guérie, mais encore plus de mes soins, de ma sollicitude près de celle pour laquelle je n'avais rien pu faire. Quelle belle confiance dans la science des chirurgiens !

Avec mon ami Rist également, j'avais soigné, quelque temps auparavant, une petite fille américaine, atteinte d'appendicite à marche ultra-rapide : vomito negro (vomissements de sang noir), température peu élevée, pouls très rapide, peu de signes dans la fosse iliaque. Nous opérâmes d'extrême urgence. La pointe de l'appendice était verdâtre et contenait du pus sous tension, car, lorsqu'on vint à ouvrir l'organe, le pus jaillit à quelques centimètres de hauteur. Comme le péritoine était indemne, je m'abstins de drainer (c'était il y a trente ans, je me montrais ainsi un précurseur), et la petite malade guérit parfaitement. Malheureusement, quelque temps après, au cours d'une consultation avec deux médecins et un autre chirurgien, comme la mère exprimait sa joie que la chirurgie eût sauvé sa fille, ces collègues, bien intentionnés, lui firent remarquer qu'étant donné qu'il n'y avait pas eu drainage, il ne pouvait s'agir d'une appendicite opérée à chaud. Bienveillance des collègues !

Je voudrais dire quelques mots du docteur Ravaut aux derniers moments duquel j'ai malheureusement été obligé d'assister. Ravaut m'avait demandé près de lui pour des phénomènes d'intoxication avec retentissement abdominal. Je l'observais depuis quarante-huit heures, lorsque son état empira, et, sur sa demande expresse, faite avec une implo-

ration telle dans le regard qu'il eût fallu avoir un cœur de pierre pour y résister, je consentis à l'opérer. Il était certainement perdu, le cœur faiblissait, les urines devenaient rares. Cependant, avec un certain courage, je me rendis à la demande formelle de mon ami. Après laparotomie, je ne trouvai rien à l'appendice, ni à la vésicule, ni au foie, ni au pancréas, ni à la rate, mais seulement, sans aucun signe de perforation, un épanchement séro-sanguin abondant dans le péritoine. Qu'avait mon pauvre ami Ravaut ? Je n'en sais encore rien. Un seul renseignement important : il avait mangé la veille de tomber malade, un énorme plat de champignons et une sérieuse quantité de pâté de lièvre fort faisandé. La science médicale perdit ce jour-là une de ses belles intelligences, un des plus grands dermatologistes de notre pays.

Une autre fois, j'avais été appelé à Cabourg, pendant la période des vacances, par mon ami, le docteur Enriquez, près de la fille d'un banquier de Vienne, enceinte de cinq mois et atteinte d'appendicite gangréneuse. J'opérai la malade tout de suite avec l'installation rudimentaire d'une chambre d'hôtel, et, une fois l'appendice enlevé et la fosse iliaque drainée, nous rédigeâmes, Enriquez et moi, une consultation relatant ce que nous avions fait et surtout ce qui allait survenir, c'est-à-dire la fausse couche, sans compter la continuation probable de la péritonite. La malade arriva à guérir après bien des péripéties, mais fit, en effet, une fausse couche. Elle fit même plus qu'une fausse couche : elle eut une occlusion intestinale comme on en voit quelquefois dans les péritonites appendiculaires, occlusion qui m'obligea à retourner à Cabourg pour faire la seule thérapeutique efficace en pareil cas, une fistule sur l'intestin grêle. C'est grâce à cette dérivation qu'elle put guérir ; la fistule se ferma du reste spontanément. Nous avions oublié, Enriquez et moi, de prévoir cette complication ! La famille et avec elle tous les habitants de l'hôtel (car chacun donnait son avis et c'était pendant la grande saison !) fut non pas étonnée de la guérison, mais surtout dans la plus grande admiration de nos pronostics. Cela me remet en mémoire la phrase bien connue du professeur Bouchard : « Par le diagnostic, on étonne ses confrères, par le pronostic on étonne la famille, mais par la thérapeutique on s'étonne soi-même. » Dans ce cas, pronostic et thérapeutique nous étonnèrent, en effet, les uns et les autres !

Le nom d'Enriquez me rappelle un grand ami et une longue

collaboration. Enriquez fut un des premiers en France à se spécialiser dans les affections de l'estomac ; il vint régulièrement, de 1919 à 1924, assister, à l'hôpital, à toutes les opérations de ses malades personnels, et un jour nous convînmes d'un commun accord, qu'il était désirable qu'un de ses élèves fût attaché à mon service d'un façon permanente pour assurer la liaison. Il mit alors près de moi son élève Gutmann, et depuis près de 20 ans, Gutmann a été pour moi le plus précieux des collaborateurs. C'est avec Gutmann que j'ai commencé à avoir près de moi, officiellement, un médecin qui prit le nom d' « attaché médical ». Dès que je fus nommé professeur de clinique chirurgicale, en 1920, je demandai au Conseil de la Faculté, de donner le droit, à ceux des professeurs de clinique chirurgicale qui le désireraient, de prendre un médecin et de l'attacher officiellement à leur service. Ce collaborateur a une telle utilité que tous mes collègues m'ont imité, et j'ai actuellement trois attachés médicaux. C'est grâce à cette fonction et à la très belle consultation qu'il dirige que Gutmann a pu recueillir les documents qui lui ont servi pour la rédaction de son magnifique traité, écrit en collaboration avec Ivan Bertrand : le diagnostic précoce du cancer de l'estomac.

Je voudrais encore consacrer quelques lignes à mon ami Enriquez. Son intelligence, sa vivacité d'esprit, son sens clinique étaient remarquables. Après avoir assisté presque à ses derniers moments, je puis dire que chez lui la force morale était à la hauteur de l'intelligence et du cœur. Je l'avais opéré d'une affection grave qui, trois ans après, provoqua une lésion du foie avec ictère. Il était condamné, il connaissait mieux que quiconque, l'affection qui le terrassait, et cependant il n'y fit jamais allusion. La dernière soirée qu'il passa sur cette terre, j'allai le voir, et, pour le distraire et l'occuper dans une matière où il était, comme en médecine, tout à fait hors pair, c'est-à-dire la finance, je lui demandai quelques conseils sur les valeurs de bourse. Il fut parfait dans la discussion de ce que l'on pouvait faire à cette époque troublée (c'était en 1928). Il me conseilla de n'avoir aucune confiance dans les valeurs prônées par un grand financier de l'époque, et en effet, le grand financier, trois mois plus tard, tombait en pleine Manche, lors d'une traversée en avion de Londres à Paris. Je quittai mon ami Enriquez vers sept heures du soir. A minuit, il mourait, et le matin, à 8 heures, je recevais de

lui, qui n'était plus de ce monde, une lettre écrite quelques instants après notre dernier entretien, pour bien préciser certains points sur lesquels il craignait, peut-être, de ne pas avoir été assez clair. Cette lettre d'un ami, reçue quelques heures après que j'avais appris sa mort, m'a beaucoup ému.

J'ai opéré, en 1931, une malade que soignait Madame le docteur Francillon-Lobre. Cette malade qui avait dépassé la soixantaine, présentait un colossal kyste de l'ovaire, avec phénomènes de compression et œdème des membres inférieurs. Elle vint me voir pendant quatre ou cinq ans, une fois chaque année, pour m'entendre lui répéter toujours la même chose : « Prenez garde, vous aurez un jour une complication, et il sera impossible de vous opérer ! » car je craignais une transformation maligne. Enfin, une année, je refusai de la réexaminer et de toujours répéter les mêmes discours. Aussi, voyant cela, se décida-t-elle à se faire opérer. L'opération fut simple, mais, quelques jours après, la malade eut une rétention d'urine, avec cystite purulente de la plus haute gravité, comme on en voit quelquefois dans les fibromes enclavés dans le Douglas. Aussi, un matin, au cours d'un pansement, sans aucune anesthésie, — car la malade ne se rendait plus bien compte des choses extérieures, — je fis sauter quelques points de suture de la paroi abdominale, ouvris la paroi vésicale d'un simple coup de ciseau, et mis un drain dans la vessie distendue. Les choses s'arrangèrent alors assez vite et cette malade se porte actuellement très bien, avec une apparence de jeunesse invraisemblable. Dans ce cas, la chance m'a bien aidé !

Le premier « estomac » que j'avais opéré avec Enriquez remonte à près de quarante ans. Il s'agissait d'une sténose du pylore, sténose très serrée, avec énorme dilatation gastrique. Je fis une gastro-entérostomie et notre opéré, qui est un sportman et un habitué des champs de courses, se porte encore très bien à l'heure actuelle.

Dans la famille même de cet opéré, je fus un jour appelé pour donner un avis à la poétesse Anna de Noailles. Elle pouvait avoir à cette époque, une trentaine d'années. Je trouvai, se chauffant frileusement au coin de son feu, une pauvre vieille femme, (c'est du moins l'impression qu'elle me donna pendant les premiers instants) qui se mit à parler médecine. Petit à petit, elle s'anima, comme ces chevaux de race qui, à l'écurie, paraissent lamentables et qui, dehors, forcent

l'admiration. Elle s'anima, elle rajeunit, et au bout d'une heure — car elle parla sans arrêt pendant une heure au moins — elle paraissait avoir vingt ans. Son corps s'était redressé, ses yeux magnifiques éclairaient tout autour d'elle, et son esprit vous captivait. Je l'ai revue bien souvent depuis cette première entrevue, dans laquelle je n'avais pu placer un seul mot, de telle sorte qu'en m'en allant, je l'avais en souriant remerciée de la si intéressante consultation qu'elle avait bien voulu me donner. Je l'ai revue en particulier, pendant la guerre de 1914, à Châlons, au cours d'un dîner que donna en son honneur le général Gouraud, dîner auquel assistait le général Marchand. Le lendemain, elle vint visiter mon ambulance à Corbineau, et c'est je crois bien, elle, qui est la « dame en vert » dont parle Georges Duhamel dans « Civilisation ». Elle devait, l'après-midi, aller à Suippes. Or, dans une des salles de blessées, il y avait un malheureux qui avait eu, à Suippes même, les deux jambes enlevées par une bombe. En apprenant ce fait, elle se tourna vers moi, et me dit en souriant : « Mais alors, c'est un guet-apens ! » Le jour même, elle rejoignait Paris, en disant : « Mes grands yeux ont tout vu » et ajoutant, pour moi : « Chateaubriand n'a jamais vu l'Amérique. » Ecouter la comtesse de Noailles était un régal sans pareil.

Volontairement, je ne parlerai pas, dans ce volume, de la guerre de 1914 et de mon ambulance de Châlons, à l'hôpital Corbineau, car c'est tout un autre volume qu'il faudrait écrire ; je le ferai peut-être un jour, si la vie me le permet.

Je ne voudrais relater qu'un seul détail sur mon ambulance de Corbineau. Quelque paradoxal que cela puisse paraître, j'ai appris à y faire des opérations césariennes. Il y avait, suivant les armées, quelques malheureuses dont un certain nombre devinrent enceintes, et, parmi elles, quelques malformées. Celles-ci avaient été recueillies par une œuvre charitable voisine de mon ambulance et dirigée par des infirmières américaines. Un jour, une infirmière m'amena une de ses pensionnaires chez laquelle une césarienne était nécessaire. Je pratiquai l'opération ; cela me parut très simple, et c'est ainsi que je devins, pendant la guerre, spécialiste pour femmes à bassin rétréci ! Quelle cour des miracles constituait cet asile ! Je fis à Châlons cinq ou six opérations césariennes. Cela me fut très utile, car vers l'année 1928, on me pria de me rendre d'urgence à Paris — c'était pendant les vacances

et j'étais en Normandie, sur ma falaise — pour pratiquer une césarienne sur une de mes clientes. Il s'agissait d'une des familles les plus importantes de Paris, famille de trois fils déjà âgés, mariés tous les trois et dont aucun n'avait d'héritier. La personne en question avait 40 ans, elle portait un fibrome utérin, et l'accoucheur qui la veillait réclamait d'urgence la césarienne. Je la pratiquai ; c'était un beau garçon, et je puis dire que le plus riche héritier de France (du moins à cette époque) a été mis au monde, chirurgicalement, par moi.

Bien souvent, les chirurgiens endossent des responsabilités qu'ils n'ont aucunement encourues. Nous faisons faire sous notre surveillance, la stérilisation de tout ce que nous employons, sauf pour les catguts. Or, au début de ma carrière, les catguts étaient loin d'être parfaitement stérilisés. Lorsqu'on allait trouver les directeurs des grandes maisons qui fournissaient le catgut, ils protestaient toujours de la parration de la paroi, et finalement l'issue d'un peu de pus. Tout en reconnaissant, qu'en effet, deux ou trois ans auparavant, des « fournées » de catgut laissaient à désirer. Ce n'est que depuis quelques années que nous avons du catgut excellent. Les méfaits du catgut n'étaient pas terribles, mais il se produisait parfois, vers le septième jour, pour une opération d'appendicite, par exemple, un peu de gonflement et d'induration de la paroi, et finalement l'issue d'un pus fétide. Tout était terminé en quelques jours, mais il y avait là pour le chirurgien, surtout si la famille de l'opéré était soupçonneuse, quelques moments désagréables à passer, d'autant plus qu'on ne pouvait pas dire la vérité et reconnaître que le catgut employé par soi était du catgut mal stérilisé. Heureusement que de tels ennuis ne se renouvellent plus. Je me rappelle que, lors d'une de ces mauvaises fournées, j'avais, rue Bizet, deux petits opérés d'appendicite qui firent, en même temps, un abcès de la paroi par catgut mal stérilisé. L'un était le fils d'un ministre très important d'un pays des Balkans ; furieuse, la mère ne me saluait pas, ne me parlait pas, et se contentait de jeter sur moi des regards accusateurs. Chose pire, dans les couloirs de la maison, elle rencontra l'autre mère, celle dont le fils avait aussi un abcès de la paroi. Ce qu'elles se sont dit, je le devine, mais ce que je sais bien, c'est que quelques années plus tard, lorsque le roi de ce pays balkanique dut être opéré, et que quelqu'un vint à prononcer mon nom, je

fus immédiatement éliminé. Heureusement pour moi, car il s'agissait d'un cas chirurgical bien lamentable.

J'ai été appelé un certain nombre de fois pour enlever, soit des appendices, soit des vésicules biliaires que des collègues qui m'avaient précédé n'étaient pas arrivés à trouver, et cela simplement, parce qu'ils avaient manqué de méthode.

Il n'est pas possible de ne pas trouver l'appendice si l'on a soin de toujours aller au caecum d'abord. Quelle que soit la position de celui-ci, ou sous-hépatique, ou pelvienne, ou même dans la fosse iliaque gauche, on le trouvera toujours en agrandissant l'incision autant qu'il le faudra. Une fois le caecum trouvé, si l'on a soin de suivre la bandelette longitudinale antérieure, il n'est pas possible que l'on n'aboutisse pas à l'origine de l'appendice.

Il en est de même pour la vésicule biliaire. Si elle ne se présente pas tout de suite aux regards, il faut se reporter au bord du foie, et, en suivant attentivement celui-ci de droite à gauche, on arrive fatalement à l'encoche de la vésicule. Celle-ci, évidemment, peut être masquée par des adhérences, mais il n'est pas possible de ne pas trouver finalement, soit la vésicule, soit un cordon fibreux qui en tient lieu, dans le cas où elle est atrophiée, à la suite d'une vieille cholécystite chronique. Je me rappelle avoir opéré une dame arrivée à la soixantaine, qui avait été à Londres une cantatrice célèbre, et chez laquelle le chirurgien qui m'avait précédé n'avait pu trouver la vésicule, que la radiographie montrait cependant pleine de calculs. Grâce à une exploration méthodique, il fut très simple d'arriver sur cette vésicule qui était, du reste, facile à enlever avec les calculs qu'elle contenait.

Il est, dans certaines opérations, un organe auquel il faut aller, toujours simple à trouver, et qui sert ensuite de fil d'Ariane pour parvenir à l'organe plus difficile. Pour arriver au cholédoque, par exemple, le plus simple est de se laisser guider par le cystique, quoique bien souvent j'aille directement au cholédoque, après abaissement du duodénum, ce qui est également une méthode à recommander.

Dans une hystérectomie difficile, avec masses salpingiennes très adhérentes, remplies de pus, et comblant le petit bassin, efforcez-vous d'aller tout de suite à l'utérus, qui peut se trouver basculé et caché dans le fond du Douglas. Quand vous aurez trouvé le fond utérin et que vous l'aurez amarré avec une forte pince, la plus grande partie de l'opération sera

faite, ce qui veut dire que ce qui reste à achever s'exécutera avec facilité.

Quand j'étais prosecteur (vers 1900), le professeur Dieulafoy m'avait demandé de lui montrer, sur le cadavre, comment se pratiquait une cholédocotomie. Avec son esprit si compréhensif et ses très réelles dispositions pour la chirurgie (Dieulafoy disait volontiers qu'il regrettait de ne pas avoir été chirurgien), il vit tout de suite que le fil conducteur pour aller au cholédoque est le canal cystique, et quand il constata que j'avais le cystique en main, il me dit spontanément : « En somme, maintenant, votre opération est terminée. » Il y avait du vrai dans cette formule.

Savoir trouver des repères faciles, et ensuite les suivre, c'est là une excellente méthode et il m'a semblé que tous les chirurgiens n'y attachaient pas l'importance qu'elle mérite. Grâce à cette manière de procéder, les opérations deviennent simples ou paraissent simples, ce qui est loin d'être la même chose, et vous courez alors le risque de voir les esprits superficiels juger que vous n'opérez que des cas faciles. Laissez dire, continuez, et vos opérés s'en trouveront bien.

Inversement à ce que je viens de dire, il m'est arrivé, quoique rarement, de refuser d'opérer des malades qui le furent par d'autres chirurgiens. Mais fallait-il les opérer ? Je me rappelle, dans cet ordre d'idées, un malade près duquel je fus appelé à Saint-Cloud, il y a une trentaine d'années, avec le professeur Hayem et les docteurs Florand et Enriquez. Il s'agissait d'un vieillard, au dernier degré de la cachexie, présentant un cancer de la tête du pancréas, avec ictère. D'un commun accord, les trois médecins consultants, le médecin de la famille et moi, nous conclûmes qu'il n'y avait plus rien à tenter ! Or, vingt-quatre heures après, je vois arriver le fils du malade qui, avec beaucoup de précautions oratoires, me tient le langage suivant : « Vous avez examiné mon père, et vous avez conclu qu'il ne fallait pas l'opérer. Or, mon père vient d'être opéré. Vous vous êtes trompé, cela est permis, mais je viens vous réclamer le prix de la consultation. » Ce petit discours me mit en gaieté et je répondis à ce garçon qui joignait à un si grand amour filial un sens si aigu des économies, que j'étais tout disposé à lui rendre le prix de la consultation, mais qu'étant le plus jeune des consultants appelés près de son père, j'exigeais que l'exemple vînt de haut et que ce fût le professeur Hayem, le plus âgé, le plus consi-

dérable de nous trois, qui remboursât le premier les honoraires qu'il avait reçus. J'étais bien tranquille ! Et puis, trouvant que l'entretien avait assez duré, je dis à ce fils que j'espérais bien que, dans vingt-quatre ou quarante-huit heures, quand son père serait mort, il prendrait la peine de m'en avertir, ce qu'il ne fit pas, mais dont voulut bien se charger le médecin du malade, mon collègue d'internat, le docteur Aguinet (de Saint-Cloud), qui m'informa en effet du décès rapide de l'opéré en question.

Cette histoire me rappelle un autre fait du même genre. J'avais opéré, il y a cinq ou six ans, un malade atteint d'un cancer de l'intestin, et j'avais annoncé à ses enfants que je l'opérerais sans doute en deux temps. Or, il fut possible de tout faire en un seul temps. Quand le fils vint me remettre mes honoraires, il me fit remarquer à plusieurs reprises, combien il était heureux qu'un seul temps eût été suffisant, et il revenait toujours sur ce point. Alors, en souriant, je lui dis : « Et si, comme cela arrive pour certaines opérations sur l'intestin, trois temps eussent été nécessaires, qu'auriez-vous dit ? » Il comprit et n'insista pas, mais il me donnait ainsi une nouvelle occasion de juger de la mentalité humaine !

***

J'ai toujours eu horreur des polémiques scientifiques et de toutes les polémiques, et s'il arrivait, à propos de ce livre, qu'une polémique fût sur le point de s'ouvrir, on peut être sûr que je n'y participerai pas. Les polémiques ne servent à rien et ne convainquent personne. Seuls, les résultats comptent, et il faut un certain recul pour les apprécier. Une seule fois, je me suis laissé entraîner dans une polémique, c'était avec mon collègue et bon ami J.-L. Faure, et il me semble bien que c'est lui qui avait commencé. Il s'agissait du meilleur mode de traitement du cancer du col : chirurgie ou radium ? Dans le centre anticancéreux rattaché à mon service de la Salpêtrière, j'avais eu la possibilité de comparer les deux modes de traitement. Au début, avec mon assistant et ami Robert Monod, nous traitions le cancer du col par des applications de radium, et trois semaines après, nous pratiquions chirurgicalement l'ablation de l'organe, ainsi traité par le radium. Or, au fur et à mesure que notre méthode de curiethérapie se perfectionnait, nous constations, grâce aux

parfaits examens anatomo-pathologiques pratiqués par Ivan Bertrand, que les utérus que nous enlevions étaient complètement guéris. Il n'y avait plus trace de cancer. Le radium était donc suffisant, la chirurgie devenait inutile. C'est ce que je déclarai à l'Académie de Médecine. J.-L. Faure me prit à partie, m'accusant de diminuer le rôle de la chirurgie, tout en reconnaissant que, dans les cas avancés, où la chirurgie n'était plus de mise, le radium fait parfois merveille. Ma défense fut la suivante : si le radium est utilisable dans les cas avancés, *a fortiori* l'est-il dans les cas au début. Qui peut le plus, peut le moins! La querelle fut assez vive, mais la suite des faits m'a donné raison, et, à l'heure actuelle, tout le monde admet que le traitement de choix du cancer du col — sauf quelques cas que l'histologie désigne — est la curiethérapie, et que la chirurgie, dans ce domaine, doit céder le pas. La chirurgie voit, du reste, s'ouvrir chaque jour d'assez vastes champs nouveaux, pour n'en ressentir aucun dépit.

Jusqu'au moment présent, et, j'espère, après quarante ans de pratique, que cela ne se produira pas, j'ai eu la chance qu'aucun procès ne me soit intenté par un opéré mécontent. On peut voir pire qu'un procès, car le docteur Guinard, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, quelques années avant la guerre de 1914, et le professeur Pozzi, pendant la guerre même de 1914, tombèrent sous les balles d'opérés qui croyaient avoir à se plaindre. Il faut toujours être très prudent, surtout pour certaines opérations délicates qu'il ne faut pratiquer qu'en s'entourant de toutes les précautions possibles, et en disant toujours avant l'opération, la vérité, toute la vérité au malade lui-même ou à l'un de ses proches. Je me rappelle qu'une personnalité de la haute banque, un malade ayant largement dépassé la soixantaine, vint me trouver parce qu'il souffrait d'un testicule très vivement et d'une façon constante. Il s'agissait d'un grand goutteux. Il réclamait instamment la suppression de la glande douloureuse, qui était seulement un peu augmentée de volume. Je ne voulus pas l'opérer avant de l'avoir fait examiner par Charles Nélaton qui déconseilla énergiquement l'opération, et me prenant à part, à la fin de la consultation, me dit : « Mais, malheureux, vous ne savez donc pas ce qui m'est arrivé chez un malade auquel j'ai enlevé un testicule ? il m'a poursuivi pendant plusieurs années, ne vous mettez pas dans le même cas que moi. » Malgré ce pessimisme, je fus bien obligé d'opérer, et il ne m'arriva rien

de fâcheux ; au contraire, le malade fut débarrassé de ses douleurs, et très reconnaissant. Entre parenthèses, l'examen histologique du testicule fut pratiqué par mon chef de laboratoire Masson (c'était en 1912), aujourd'hui professeur à Montréal et connu pour ses belles recherches en histobiologie. Il s'agissait d'un cas très rare, une orchite goutteuse, avec dépôts de cristaux d'acide oxalique. Le mérite de mon opéré d'être satisfait était d'autant plus grand que je crus comprendre qu'il avait, dans sa jeunesse, fortement usé de ses glandes, car un jour où je passais en voiture avec lui, dans le quartier Clément-Marot, il me dit — sans regret, du reste — « Que de fenêtres dans ce quartier me rappellent de bons souvenirs. » On ne pouvait pas s'exprimer plus galamment.

J'ai fait de nombreux déplacements en province, entre 1900 et 1910, soit pour des consultations, soit pour des opérations : à Libourne, à Montauban, à Marseille, à Angers, à Nantes, à Tours, à Valenciennes, à Nevers, dans les Ardennes, à Dinard, à Deauville, à Rouen, au Havre, etc., etc. Bien souvent, j'ai été opérer à Bruxelles ; j'arrivais le samedi soir à 11 heures ; j'opérais vers 9 heures du matin ; mes aimables collègues belges me retenaient à déjeuner pour me recevoir comme ils savent le faire, et à 5 heures du soir, j'étais de retour à Paris.

J'ai été aussi plusieurs fois à Londres, malgré mon horreur pour le mal de mer. Il y a surtout, dans le mal de mer, un côté psychique, car je me rappelle, lors d'une opération que j'allai faire à Dinard, que, malgré une mer démontée, je n'eus pas le mal de mer. Je m'étais trompé d'itinéraire, et j'étais arrivé, non pas à Dinard, mais à Saint-Malo. Il y a entre Saint-Malo et Dinard une traversée d'une dizaine de minutes, sur un mauvais petit canot ; il y avait une véritable tempête, mais préoccupé par l'opération que j'allais faire (il s'agissait d'un cas difficile) et, tenant fortement sur ma poitrine ma boîte d'instruments, je ne pensai pas un seul instant au mal de mer et je ne ressentis aucun malaise.

Un de mes voyages à Londres fut pour y être consacré Fellow of the Royal Society, où je comptais un vieil ami Lord Moyniham, le chirurgien de Leeds. On ne peut porter le titre de Fellow que si l'on a été « admis », et lorsque je vins recevoir l'investiture, j'eus le très grand plaisir d'être reçu par tous les membres au complet et par Moyniham lui-même. J'avais fait la connaissance de Moyniham, alors que j'étais

assistant de mon maître Terrier à la Vieille Pitié. Un matin je venais d'opérer un calcul du cholédoque, lorsqu'un chirurgien anglais me présenta sa carte. Voyant qu'il était chirurgien à Leeds, je lui demandai des renseignements sur un de ses collègues de la même ville, pour lequel j'avais, sans le connaître, une estime toute particulière, ce collègue s'appelait Moyniham. Il se mit à rire de bon cœur et s'effaçant, me montra derrière lui... Moyniham lui-même. Depuis, j'ai souvent revu Moyniham avec sa magnifique stature, son beau visage d'optimiste, et dans la guerre de 1914, j'ai bien souvent siégé à côté de lui à la Conférence chirurgicale interalliée. Lors de cette cérémonie d'investiture, présidée par Bland Sutton, on me demanda si je voulais assister à la « lecture » qui se fait chaque année, sur Lister et son œuvre. J'acceptai avec empressement, et lorsque je fus assis dans le fauteuil qui m'était réservé, Madame Bland Sutton qui était derrière moi et qui parlait très bien notre langue, voulut bien me dire, avec cette gentillesse si prenante des Anglais quand ils vous connaissent : « Dans le fauteuil où vous êtes, était assis, il y a quinze jours, le prince de Galles. »

Lorsqu'on est chirurgien, on est exposé à s'entendre faire de singulières propositions (?), par exemple de pratiquer des avortements : cela m'est arrivé quatre ou cinq fois, et dans un cas avec des circonstances vraiment particulières, pouvant provoquer non pas le rire — car les chirurgiens comme les confesseurs ont tout entendu — mais un franc sourire. Il s'agissait d'une femme d'une trentaine d'années, dont j'avais opéré plusieurs parents. Elle me raconta qu'elle avait un fibrome, mais je n'eus pas de peine à lui prouver qu'elle était enceinte de trois mois. Alors, simulant le plus profond désespoir, elle me dit qu'elle ne pouvait rester dans cet état, qu'il fallait la « débarrasser », que son mari ne pouvait être l'auteur de la grossesse, et que du reste, si la grossesse continuait, les plus graves complications diplomatiques étaient à craindre, car le père de l'enfant était une Altesse Royale. Je repris mon sérieux et lui signifiai de la façon la plus formelle que je ne pouvais rien faire pour elle, et j'ajoutai que, du reste, je n'étais pas inquiet sur son compte. En effet, quelques semaines après, elle revint me voir, son « fibrome » avait disparu, et elle poussa la complaisance jusqu'à me raconter avec force détails tout ce qui s'était passé, et même les sacrifices pécuniaires qu'elle avait dû consentir.

S'il faut savoir résister aux demandes des malades, il faut aussi savoir résister aux convictions opératoires de certains médecins. Je me rappelle avoir vu, avec un médecin des hôpitaux, spécialiste d'enfants, une petite malade d'une dizaine d'années que j'avais opérée quatre ans auparavant pour appendicite. Elle faisait une péritonite et je pensai à une péritonite à pneumocoque. Le médecin qui était partisan d'opérer d'urgence, eut cette phrase malheureuse : « Si la petite malade n'est pas opérée avant quelques heures, je ne réponds plus de rien. » C'était dans une famille où j'avais l'habitude d'opérer depuis plus de vingt ans, dont j'avais toute la confiance. Aussi, avec la plus grande courtoisie, je m'empressai de lui dire qu'il n'encourrait aucune responsabilité, quelle que fût l'issue de la crise, que je m'opposais formellement à toute intervention, que je prenais pour moi seul tous les risques, et qu'il pouvait garder sa conscience en tranquillité. La petite malade guérit du reste, en quelques jours, sans aucune intervention, et resta guérie. Elle s'est mariée depuis et a deux enfants.

J'ai parlé plus haut de hautes personnalités que j'avais eu l'occasion d'opérer. Grâce à la chirurgie, j'entrai en rapports très amicaux avec Anatole France. J'avais opéré, d'une lésion très sérieuse, une personne qui lui tenait de près. Chaque année, pendant quinze ans, jusqu'à sa mort, Anatole France vint me rendre visite le jour anniversaire de l'opération, pour me remettre l'une de ses œuvres, avec chaque fois, une charmante dédicace et jamais la même. Je possède ainsi l'œuvre entière d'Anatole France, avec, sur la page de tête de chaque volume, une dédicace comme, seul, Anatole France pouvait en écrire. J'eus du reste l'occasion de dîner avec lui, et jamais je n'oublierai ce dîner parfait, quai Bourbon, chez mon ami Pierre Mille, où il y avait, comme convives, Anatole France, Paul Adam et Philippe Berthelot. J'y pris un plaisir aussi délicat que dans certains dîners, chez Porto-Riche, dans sa vieille demeure de l'Institut de France, au début de la guerre de 1914.

Au fil de mes souvenirs, je me rappelle un opéré que j'eus à traiter en 1919 avec le docteur Ladislas Landowski, et qui me permit d'observer le cas le plus extraordinaire d'avarice que j'aie jamais vu. Il avait réalisé pendant la guerre de 1914 une assez grosse fortune, et le fisc lui réclamait une somme importante sur les bénéfices de guerre. Il se croyait ruiné.

Il n'osait plus acheter un journal pour ne pas dépenser un sou. Finalement, il décida de se suicider. Il alla trouver un armurier, acheta un revolver et se fit montrer des balles. On lui en fit voir de parfaites, avec gaine en cuivre, et d'autres qui coûtaient moins cher. Il s'empressa de prendre ces dernières, et c'est à cette économie de quelques sous, faite quelques minutes avant de se suicider, qu'il dut la vie. Car la balle traversa l'os temporal droit, mais n'eut pas la force d'aller plus loin et se logea entre l'os et la dure-mère qui était intacte. Elle fut très facile à extraire. Je ne pensais plus à cet opéré, lorsque, il y a deux ans, Landowski me rappela près de lui pour un conseil chirurgical. Il paraissait redevenu normal, mais cependant était resté un peu particulier, car quelqu'un étant venu à se moucher dans la pièce où nous l'examinions, Landowski et moi, il fit observer avec une dignité parfaite, qu'il était de la plus haute inconvenance de se moucher en sa présence !

Un souvenir très triste me fut laissé par une jeune fille étrangère que j'opérai trop tard, à son domicile, vers 1903, pour une péritonite généralisée par gangrène de l'appendice. J'avais mis près d'elle un de mes assistants, originaire du même pays. Malgré tout ce que l'on fit, elle succomba en quelques jours. Les dernières heures furent terribles, car cette parfaite jeune fille, aux yeux candides, fut prise d'un délire que rien ne put combattre, et au milieu de ce délire, elle tint, sans discontinuer, les propos les plus effroyables, avec des précisions navrantes, et des termes d'une crudité dépassant tout ce qu'il serait possible d'imaginer dans les bas-fonds les plus orduriers. Il faudrait la plume d'un Barbey d'Aurevilly pour retracer cette scène, dont mon assistant, quelques années plus tard, était encore bouleversé. Que de choses incompréhensibles !

Un autre jour, j'avais été appelé en consultation près de Ville-d'Avray, pour voir un enfant dans une propriété ravissante : un joli petit château, de grands arbres, de belles pelouses, et sur ces pelouses, des enfants jouant. La jeune mère était charmante et pour compléter ce tableau, il y avait un vieux grand-père très respectable, à la longue barbe blanche. Je dis au médecin, en regagnant ma voiture, que de tels spectacles rendaient vraiment meilleur, et que j'étais ravi d'avoir pu voir une si belle famille, avec ce noble patriarche. Le médecin, qui était plein d'humour, me répondit que le

patriarche auquel je trouvais l'air si vénérable venait justement de terminer dix ans de travaux forcés. Il me raconta que, dans sa vieillesse, ce vénérable personnage avait pris la déplorable habitude de ne pas respecter suffisamment les règles les plus élémentaires de la morale. J'avais fait un bien mauvais diagnostic, qui ressemblait un peu à celui que porta plusieurs fois le professeur Dieulafoy, en sortant de consultation près d'une femme dont tout Paris a parlé et qui s'est fait prêter des millions par la simple vue d'un coffre-fort qu'elle n'ouvrait jamais, pour la bonne raison qu'il était vide. Dieulafoy avait coutume de dire, lui aussi, au médecin de la famille : « C'est une maison dont on sort meilleur. »

Il est si difficile, parfois, de se rendre compte de la vie d'une famille, de deviner la nature des liens qui en unissent les membres les uns aux autres. Plusieurs fois, il m'est arrivé, chez des gens que je croyais très heureux, dans des ménages que tout permettait de supposer très unis, de voir celui que j'allais opérer demander à me dire quelques mots en particulier, et, à ma grande stupéfaction, de m'entendre confier : « Vous savez, si je ne guéris pas, ne le regrettez pas, je serais si heureux de mourir. »

La recherche de la mort peut faire accomplir des actes héroïques. J'avais eu à soigner, quelque temps avant la guerre de 1914, une malade charmante, femme d'un médecin de Neuilly. Après un calvaire douloureux de plusieurs mois, elle succomba à un cancer. Puis vint la guerre... Après la guerre où le pauvre veuf avait trouvé une mort admirable, j'appris d'un de ses camarades de régiment la conduite héroïque de notre confrère. On le voyait toujours aux endroits les plus exposés, il allait ramasser les blessés sous le feu de l'ennemi, il faisait l'admiration de tous, jusqu'au jour, bien longtemps après le début de la guerre, où il rencontra enfin la mort dont il était digne.

MES MAÎTRES EN CHIRURGIE

J'ai eu quatre maîtres en chirurgie, Paul Tillaux, Paul Reclus, Félix Guyon, Félix Terrier.

Près du professeur Tillaux, je suis resté un an comme interne, et un an aussi près du professeur agrégé Reclus.

J'ai eu l'inestimable avantage de faire près de mon maître Guyon deux années, l'une d'externat, l'autre d'internat.

Chez mon vénéré maître Terrier, je suis resté près de dix ans, de l'année 1898 à l'année 1908.

Je voudrais, en quelques lignes, retracer la vie de ces quatre chirurgiens qui, tous, dans des domaines différents, ont bien servi la chirurgie et ont grandi leur pays. A quarante ans de distance, ma reconnaissance pour eux est aussi vive qu'au premier jour ; elle est même peut-être encore plus grande. Les années épurent le souvenir, et l'intensifient, en le dégageant de bien des détails sans valeur.

En médecine, j'ai eu deux maîtres, deux médecins remarquables, Hanot, à Saint-Antoine, Lancereaux à l'Hôtel-Dieu. Ils m'ont démontré, à l'évidence, qu'une solide instruction médicale est absolument nécessaire au chirurgien. Bien souvent, le souvenir des notions médicales que je leur dois m'a rendu de bien grands services. Ils m'ont aussi, involontairement, poussé vers la chirurgie, car leur thérapeutique (?) me désespérait.

Près de mon maître en médecine Hanot et près de mon maître en médecine Lancereaux j'ai rencontré deux personnalités médicales très différentes qui s'intéressèrent beaucoup à moi, Thiroloix chez Lancereaux et Létienne chez Hanot.

Thiroloix, qui fut médecin des hôpitaux et je crois aussi agrégé, a fait une carrière médicale trop courte. Il a laissé

des travaux intéressants sur le pancréas et ses fonctions : c'était une intelligence d'élite.

Létienne était un sage. Il savait tout. Il ne voulut jamais concourir aux hôpitaux. Il se contenta d'être le médecin en chef de la Compagnie des Chemins de fer du Nord et prit sa retraite dès qu'il le put, pour aller se retirer dans un village de la Manche où il se livra à sa passion favorite, l'archéologie. Thiroloix et Létienne, tellement différents l'un de l'autre, m'ont l'un et l'autre appris tant de notions médicales, enseignées avec tant de clarté !

Ce qui m'a écarté de la médecine, chez Hanot et chez Lancereaux, c'est que j'ai toujours eu près d'eux (et sûrement à tort) l'impression qu'ils étaient surtout intéressés par les constatations anatomo-pathologiques et qu'ils n'avaient pas une foi bien solide dans la thérapeutique. J'ai raconté, dans ma leçon d'ouverture pour le professorat, la façon dont se déroulait la visite. Hanot, après avoir achevé l'examen d'un malade, passait avec majesté au lit suivant, pendant que la surveillante se précipitait pour réclamer la prescription à inscrire sur le cahier de visite; et Hanot, presque invariablement, répondait : « Madame la surveillante, vous l'alimenterez. » Pour un esprit avide de résultats thérapeutiques, cette réponse était désespérante !

Paul Tillaux (1834-1904). — C'est en 1895, en première année d'internat, que je devins l'élève du professeur Tillaux, à l'hôpital de la Charité. Un des privilèges du premier de la promotion était de faire sa première année d'interne à la clinique chirurgicale de la Charité, clinique qu'avait illustrée Velpeau, et que dirigeait alors, avec son magistral talent, le professeur Paul Tillaux.

Ayant accompli mon année de service militaire immédiatement après nomination à l'internat, je me trouvai, à la Charité, avec le premier de l'internat de la promotion suivante, Bernard Cunéo.

Lorsque je me présentai, le premier jour, à la Charité, le professeur Tillaux me tint le petit discours suivant : « Au fond, les concours ont du bon ; grâce au concours, vous avez le droit de venir passer un an près de moi. Comme je ne vous connais pas, ce n'est pas vous que j'aurais pris, s'il s'était agi d'un simple choix. J'aurais sûrement désigné le fils de mon vieil ami D... (et en disant cela, il montrait le jeune D...

qui, je crois bien, ne fut reçu à l'internat que trois ou quatre années après moi et n'a pas, que je sache, fait grande figure dans le milieu médical) ; oui, j'aurais pris D... Son père est un vieil ami, j'ai été témoin à son mariage et il ne manque jamais de m'envoyer à Noël une belle dinde truffée. » Vous comprendrez, après un tel langage, que je sois partisan convaincu des concours, et opposé au choix pur et simple.

A la Charité, j'eus comme collègues d'internat Paul Riche, Marion, Cunéo ; Ch. Souligoux étant médaille d'or et Thiéry chef de clinique. J'ai gardé un souvenir très agréable de cette année d'internat à la Charité. Tous les six, Thiéry, Souligoux, Paul Riche, Marion, Cunéo et moi, nous avons été nommés chirurgiens des hôpitaux.

On voyait, en outre, souvent revenir, dans le service, d'anciens élèves, Walter, Rieffel...

J'ai beaucoup travaillé à la Charité, j'y ai beaucoup appris, j'y ai fait de la chirurgie expérimentale avec Souligoux, je me suis familiarisé avec la vieille bonne clinique d'autrefois, la clinique des fractures et des lésions des membres, et j'y ai noué avec Riche, Marion et Cunéo une bonne et franche amitié qu'aucun nuage n'est jamais venu troubler depuis quarante-cinq ans.

Chaque matin, à neuf heures tapant, nous attendions notre maître Tillaux dans la vieille salle de garde de la Charité, si bien reconstituée avec ses belles peintures, au Musée des hôpitaux, quai de la Tournelle. Alors commençait une longue visite de tous les malades, avec arrêt prolongé près des nouveaux admis. Deux fois par semaine, grande leçon clinique et opérations sur les membres, et une fois par semaine, grande opération abdominale, très souvent un fibrome utérin. Paul Tillaux, qui était normand (il était né dans le charmant petit bourg d'Aunay-sous-Audon), m'avait pris en affection sans doute parce que je suis également normand, et ce fut toujours moi qui lui servis d'aide dans ses opérations de ville, une ou deux fois par semaine. Les jours d'opération en ville, il venait d'abord à l'hôpital à son heure habituelle, puis se rendait à la maison de santé vers onze heures. Lorsqu'on avait « aidé » en ville, il était de règle absolue que l'on déjeunât chez lui, boulevard Saint-Germain. Habituellement, on déjeunait dans sa chambre à coucher, la salle à manger étant réservée — comme cela se pratique souvent en Normandie, même chez de riches fermiers — pour les grandes occa-

sions. Tillaux était servi par un couple de vieux domestiques dévoués. Très souvent, il y avait un tiers pour déjeuner, un autre élève que Tillaux aimait comme un fils, le docteur Amodru. Amodru avait été, à l'amphithéâtre de Clamart, le prosecteur de Tillaux qui, lui-même, avait été de longues années directeur de Clamart. Amodru n'exerçait pas, il faisait de la politique depuis qu'il avait épousé la fille de Mme Boucicaut. J'étais, à cette époque, très jeune, et j'écoutais de toutes mes oreilles les si intéressants propos échangés entre Tillaux et Amodru. Celui-ci m'a légué, à sa mort, un très beau buste en marbre de Tillaux, buste qui orne le vestibule d'entrée de mon service de la Salpêtrière.

Paul Tillaux aimait beaucoup l'enseignement. Il le faisait avec une très solide base anatomique, d'une manière simple, directe, qui était comprise et retenue par tous. Il était la bonté même, pour tous ses malades, pour ses élèves et pour les siens. A cette époque bénie, les questions d'argent n'existaient pas, et Tillaux était la générosité même. Il se plaisait à dire que donner de l'argent directement en louis ou en billets lui était désagréable, mais qu'il lui était indifférent de signer un chèque de cent mille francs, et il le prouva bien, à quelque temps de là. Son éditeur, un peu gêné, lui avait emprunté deux cent mille francs et, quelques semaines après, faisait faillite. Paul Tillaux qui nous raconta la chose pendant un des déjeuners boulevard Saint-Germain, n'y attachait pas la moindre importance. C'étaient deux cent mille francs-or !

Il était l'auteur d'un excellent traité d'anatomie topographique avec lequel des générations d'étudiants se sont instruites. Ce fut le premier traité paru en France avec des figures en couleur. C'était une innovation qui fut fortement critiquée par certains, comme il arrive pour toutes les choses nouvelles. Un grand chirurgien de l'Hôtel-Dieu, plus âgé que Tillaux et qui était aussi l'auteur d'un très bon ouvrage d'anatomie, ne craignait pas de manifester toute son aversion pour un tel traité, orné « d'images d'Épinal ». Tillaux laissa dire, et continua, et « l'Anatomie de Tillaux » comme nous disions, a connu de nombreuses éditions et plusieurs traductions en langues étrangères.

Une très belle époque de la carrière de Tillaux fut celle de son enseignement à « Clamart » et il était de toute justice que sa statue fût dressée dans le charmant jardin de l'Amphi-

théâtre d'anatomie des hôpitaux. On venait de tous les pays s'inscrire au cours d'anatomie et de médecine opératoire que Tillaux y professa pendant plus de vingt ans, et l'amphithéâtre était trop petit pour contenir les nombreux auditeurs.

Paul Tillaux était grand, fort, majestueux, avec une tête léonine qu'il portait avec une parfaite dignité. Il était, avec son air bon enfant, très fin et très psychologue, et il avait trouvé, pour rassurer la famille après les opérations de ville qui, à cette époque, comportaient toujours une certaine gravité, une phrase lapidaire qui ne manquait jamais son effet. La famille éplorée le reconduisait après l'opération et adressait une foule de questions auxquelles il ne répondait jamais. Mais, arrivé sur le pas de la porte, il se retournait avec majesté et prononçait ces simples mots dont l'effet était infaillible : « Je suis content. J'ai fait ce que je voulais faire. » Je me rappelle que, dans une famille où nous étions restés « de garde », Riche et moi, après une grave intervention (un kyste du pancréas), à tous les amis venus anxieusement pendant la journée prendre des nouvelles, les parents ravis répondaient simplement : « Monsieur Tillaux est content, il a fait ce qu'il voulait faire. » Cette simple phrase disait tout : le chirurgien avait bien trouvé ce qu'il croyait trouver, donc son diagnostic était impeccable ; il avait fait ce qu'il voulait faire, donc il avait pu exécuter dans son intégralité un plan précis arrêté d'avance, par conséquent thérapeutique parfaite ; et enfin, puisqu'il était content, c'est que le pronostic était rassurant. Je vous mets au défi de trouver une phrase plus courte, voulant exprimer plus de choses excellentes. Je dois dire qu'en ma qualité de normand, je savourais, avec un plaisir toujours nouveau, cette phrase que Guy de Maupassant aurait tant goûtée.

Mon maître Tillaux, comme juge dans un concours, était d'une probité parfaite. Il fut mon juge au concours d'agrégation, mais il avait d'autres élèves plus anciens, qui méritaient, eux aussi, d'arriver, et il ne vota pas pour moi. Pour vous montrer sa correction, je n'ai qu'à reproduire la phrase qu'il prononça pendant toute la durée des épreuves. A tous ceux de ses collègues qui lui demandaient à quels candidats irait sa voix, il répondait invariablement : « Je ne vote pas pour Gosset, parce que j'ai des élèves plus anciens, mais je ne vous demande pas de faire comme moi. » Peut-on être plus scrupuleux !

Paul Tillaux aimait à conter certaines histoires humoristiques quand elles pouvaient fixer dans l'esprit des élèves une notion utile, un conseil important. Il insistait toujours sur certaines erreurs de diagnostic qu'il est facile d'éviter, si l'on se rappelle constamment, devant chaque cas, qu'elles sont possibles. Ainsi, pour bien attirer l'attention des élèves sur la confusion entre une grossesse et un fibrome, il ne manquait jamais de conter l'histoire suivante : il voit arriver, un jour, dans son cabinet, un couple de dignes bourgeois, la femme ayant très largement dépassé la quarantaine. Elle venait le trouver avec le diagnostic de gros fibrome, non pour le lui voir confirmer, mais pour être opérée. Tillaux l'examine avec grand soin, la réexamine, et finalement lui déclare qu'elle est enceinte. La dame se récrie, fait remarquer que c'est impossible, étant donnés son âge et les habitudes du ménage et, tout à coup, devant l'assurance de Tillaux, la lumière se fait dans son esprit et, furieuse, elle se tourne vers son mari et lui jette à la figure : « C'est quand tu es revenu de ton Conseil général ! » L'histoire était drôle, mais elle n'avait rien de particulièrement extraordinaire. Ce qui la corsait, c'est que Tillaux s'était une fois laissé aller à dire le nom de la malade, et que l'homme du Conseil général était devenu un très, très haut magistrat de la République. Le fait lui vint aux oreilles. Il fit, par des amis communs, dire à mon maître Tillaux de bien vouloir ne plus raconter « son » histoire ; Tillaux continuait à le faire en ne disant plus le nom, que tout le monde connaissait...

Paul Reclus (1847-1914), près duquel je fis ma seconde année d'internat en 1896, à la Vieille Pitié, était doué d'une intelligence supérieure, mais la vérité oblige à dire de lui ce qu'on a dit de Malgaigne : il n'avait pas l'adresse manuelle et il n'aimait pas fréquenter la salle d'opération. Pour ce qui est de l'intelligence et de l'esprit, la nature l'avait merveilleusement comblé. Il se plaisait à raconter avec beaucoup d'humour comment il était devenu chirurgien. Son père, pasteur à Orthez, était l'ami de Paul Broca. Celui-ci, fils de pasteur lui-même, vint un jour voir son ami qui lui présenta ses fils : Élisée qui devait devenir le grand géographe universellement connu, Onésime qui fut officier de marine et grand voyageur, et enfin Paul, le plus jeune, celui qui fut chirurgien. Paul Reclus précisait que son père, après avoir

énuméré toutes les qualités des deux aînés, avait ajouté, en parlant du dernier : « Quant à celui-ci, je ne sais trop qu'en faire. Vous le voyez, il a le crâne un peu en pain de sucre, les oreilles décollées, la lèvre inférieure qui a tendance à s'affaisser, il fera ma désolation. » Et Broca, palpant le crâne du candidat au crétinisme (je vous prie de croire que c'est Paul Reclus lui-même qui parle, et que je ne me permettrais pas de m'exprimer ainsi sur mon maître Reclus), Broca dit au père qu'il avait absolument tort, que son fils serait un homme éminent et finalement proposa : « Confiez-le moi, j'en ferai un chirurgien. » Sur la première partie, Broca avait raison, car Reclus, fut, intellectuellement, l'un des hommes les plus remarquables qui se puisse voir. Quant à en faire un chirurgien, Paul Broca en eût été fort embarrassé. Il était plutôt homme de science et sûrement médiocre opérateur ; en outre, il choisissait un élève qui n'avait pas les qualités requises pour devenir chirurgien. Ce qui n'empêche pas que Paul Reclus, peu adroit de ses mains, dépourvu de sang-froid, laisse un grand nom en chirurgie, car il a été le père d'une des méthodes d'anesthésie la plus bienfaisante, l'anesthésie locale ! Reclus vécut à une époque où la chirurgie moderne était encore en enfance, il avait eu pour maîtres des hommes éminents, mais qui étaient de médiocres opérateurs, comme Paul Broca, comme Verneuil, et il n'avait pu puiser, près de cette génération chirurgicale, à cheval sur les grands opérateurs d'autrefois, (Dupuytren, Maisonneuve et Chassaignac, par exemple) et sur les méthodistes un peu myopes que créa la méthode antiseptique, aucune règle chirurgicale précise, aucune méthode réelle.

Et cependant, je fus témoin, dans son service, d'un fait qui me frappa beaucoup. Paul Reclus était intimement lié avec Charles Nélaton. Un jour, Nélaton lui parla d'un voyage qu'il venait de faire à Reims, où il était allé voir opérer un jeune chirurgien, alors au début de sa grande carrière d'opérateur, je veux dire Doyen. Nélaton avait vu Doyen exécuter l'ablation d'un fibrome par son procédé d'hystérectomie abdominale totale, et il proposa à Reclus de lui montrer ce nouveau procédé et de lui servir d'aide. En effet, Nélaton vint aider Reclus, lui montrer le procédé, le lui faire exécuter, et j'ai un souvenir très précis que Reclus pratiqua quatre ou cinq fois le beau et si satisfaisant procédé de Doyen avec des résultats parfaits. Puis Nélaton le laissa livré à lui-même. Et

alors Reclus, avec des aides médiocres, un anesthésiste médiocre, une propreté chirurgicale laissant beaucoup à désirer et avant tout se sentant seul, eut un ou deux échecs pénibles et abandonna cette chirurgie abdominale qu'il faisait mal, parce qu'il ne s'était pas trouvé un maître pour lui donner une méthode.

C'est à propos de lui et de quelques autres que j'ai souvent pensé que si Reclus eût été l'élève de Terrier (et c'eût été possible quant aux années), il aurait fait un opérateur convenable, et, avec sa merveilleuse intelligence, quelle carrière il eût fournie ! Et puis Reclus n'avait jamais voyagé pour aller s'instruire près d'autres chirurgiens ; ses goûts, sa vaste culture, l'avaient toujours poussé vers les musées. Or s'il est bon pour un chirurgien de voir les musées, cela ne doit pas l'empêcher d'aller voir opérer ses collègues, soit en France, soit à l'étranger.

Paul Reclus fut obligé de se rabattre sur les petites interventions, les hernies, les hémorroïdes, les fistules anales, les varicocèles, les hydrocèles, qu'il faisait, du reste, avec beaucoup de soin et de méthode, puisqu'il n'y avait pas de risques et qu'il avait alors tout son sang-froid. Comme il avait horreur de l'anesthésie générale, il fut obligé de chercher autre chose et il trouva l'anesthésie locale. Sa part, dans ce mode d'anesthésie, fera passer son nom à la postérité. A cette méthode nouvelle, il s'attela avec ténacité, avec minutie, il la rendit peu à peu inoffensive et il devint ainsi un grand bienfaiteur de l'humanité.

Comme professeur, il était inégalable. Lettré, érudit en tout, éloquent, il eût fait au Collège de France un remarquable professeur de littérature. Lisez les magnifiques éloges qu'il a prononcés comme secrétaire général à l'Académie de Chirurgie : ce sont de purs chefs-d'œuvre.

Il était un peu rhéteur. Je me rappelle qu'un jour, il nous fit une leçon remarquable sur les plaies de l'abdomen et sur les raisons qu'il y avait de s'abstenir. Huit jours plus tard, il reprit le même sujet, avec exposition de toutes les raisons qu'il y avait pour recourir à l'intervention d'urgence. Et tout cela n'empêche pas que son nom ne soit attaché à une grande découverte, l'anesthésie locale !

En outre, il y avait, suprême avantage, comme premier assistant dans le service de Reclus, Jean-Louis Faure !

Félix Guyon (1830-1920). — Je fis, en 1897, ma troisième année d'internat près du professeur Guyon, à la belle clinique des voies urinaires de Necker. J'avais déjà passé une année à Necker, en 1891, en qualité d'externe. Guyon est un des maîtres que j'ai le plus admirés et le plus aimés. J'ai cherché, sans doute sans y parvenir, à prendre quelques-unes de ses qualités, en particulier son merveilleux esprit d'organisation.

Félix Guyon près duquel je fus, pour la première fois, en 1891, avait alors la soixantaine. Il avait une stature magnifique, un beau visage grec, un teint reposé, de fins favoris blancs et une grande dignité, une grande autorité, beaucoup de bonté : c'est un des hommes les plus beaux que j'aie rencontrés.

Professeur de clinique des voies urinaires, dans une chaire qui avait été créée pour lui, il avait organisé un service modèle que tous les spécialistes du monde entier ont visité et admiré. Il était né à la Réunion (son père officier de marine y ayant séjourné quelques années) et avait commencé ses études à Nantes. Les échanges entre Nantes et Paris furent toujours à l'honneur, et je crois bien que parmi les médecins et chirurgiens de Nantes, une vingtaine sont d'anciens internes des hôpitaux de Paris.

Guyon fut un des chirurgiens les plus connus, les plus occupés de Paris. Mais sa vie était si bien organisée, son activité si bien calculée, qu'il remplissait tous ses devoirs, hôpital, Faculté et clientèle, d'une façon impeccable et sans avoir l'air d'être pressé. Un jour, il me montra son carnet de visites ; il était terriblement chargé, aussi chargé que celui de Dupuytren. Je ne pus lui cacher mon épouvante et j'osai même aller jusqu'à lui dire combien je le plaignais. Il sourit finement, à son habitude, et me prédit que, dans quelques années, j'en aurais moi-même un qui serait aussi chargé. C'est ce qui est arrivé, et alors je n'ai plus eu d'autre ressource que de me plaindre moi-même ! Toute sa vie était calculée pour ne jamais perdre un instant. Aussi n'allait-il jamais dîner en ville; il n'allait jamais au théâtre. Lorsqu'il fut président du Congrès de chirurgie, il donna une grande soirée à l'Opéra-Comique, qu'il avait loué tout entier pour les congressistes, et il fut tellement charmé qu'il ne cessait de répéter, en se moquant : « Ah, si j'avais su, je serais venu tous les soirs au théâtre. » A soixante ans, il avait acheté

une très belle propriété en Bretagne, à Fouesnant, et s'était mis à construire. Il me montra avec fierté — il avait alors quatre-vingts ans — des pins maritimes qu'il y avait plantés lui-même et qui étaient devenus gigantesques. Il venait d'en planter d'autres et me fit remarquer qu'il me les montrerait dans quelques années !

Guyon avait été excellent chirurgien général et très bon professeur de pathologie chirurgicale. Mais dès qu'il eut la chaire d'urologie, il ne fit plus de chirurgie générale, et parfois, il le regrettait. Je me rappelle l'avoir aidé plusieurs fois, à la maison de santé des Augustines de la rue Oudinot, dans des ablations du sein pour cancer, c'était en 1897. Il faisait des ablations larges, méthodiques, bien supérieures à ce que j'avais pu voir faire par d'autres de mes maîtres, car à cette époque, les opérations pour cancer du sein n'étaient pas satisfaisantes ; les recherches et la technique de Halsted (de Baltimore) sont de 1897. Les chirurgiens avaient le tort d'enlever le sein par simple incision elliptique, sans toucher au grand pectoral et sans curer l'aisselle. Ceux qui s'occupaient des ganglions de l'aisselle, le faisaient d'une façon bien illusoire, en allant à bout de doigt cueillir dans l'aisselle un peu de graisse, manœuvre tout à fait insuffisante et dangereuse, car elle provoquait des essaimages épouvantables et des récidives en cuirasse.

Je n'avais vu qu'un seul chirurgien enlever le sein d'une façon logique, c'était Chaput. Chaput, pendant un remplacement de quelques semaines qu'il fit dans le service de Reclus, avait exécuté devant les élèves, pour un cancer du sein, une ablation très large. Il avait enlevé non seulement le grand pectoral, mais encore il avait sectionné le petit pectoral. J'avoue que j'étais choqué de le voir ainsi opérer. Or, quelle ne fut pas ma stupéfaction quand je vis, sous le petit pectoral récliné, de gros ganglions néoplasiques, plaqués le long de la veine axillaire ; ce fut pour moi une salutaire leçon.

Mon maître Guyon avait une telle manière d'imposer une tâche, ou de demander un travail, qu'on se serait mis au feu pour le satisfaire. Bienfaisants de tels maîtres! Il avait un tel ton pour vous dire avec autorité : « Voyons, vous qui êtes attentif, vous allez faire cela », que l'on quittait tout pour se mettre au travail indiqué. Il me donna dans ma vie une marque particulière d'estime, dont, après trente ans, j'éprouve

encore un sentiment de fierté. Une de ses parentes, qu'il affectionnait particulièrement, avait besoin d'être opérée. Il me fait appeler et me dit avec ses manières parfaites : « Voyons, Gosset, une opération doit être pratiquée sur un des miens. J'ai passé en revue tous mes élèves, beaucoup la feraient parfaitement, mais mon choix s'est arrêté sur vous. »

Les deux années que j'ai passées près de mon maître Félix Guyon et les si bonnes relations que j'ai continuées avec lui jusqu'au moment de sa mort, en 1919, sont un des beaux souvenirs de ma vie.

Une fois par semaine — outre sa leçon clinique, — Félix Guyon, après avoir présenté à la consultation si active du service quelques malades intéressants, pratiquait une lithotritie. C'est une opération qu'il faisait merveilleusement, en se jouant pour ainsi dire, sans avoir l'air d'y prêter attention. Tous ses gestes étaient précis, réfléchis, prudents et efficients et quand, à la fin de l'opération, on voyait aspirer tous les fragments brisés, on était bien tranquille sur le sort de l'opéré, ce que je n'éprouvais pas toujours après les lithotrities de certains de ses collaborateurs. Voir Guyon faire une lithotritie était vraiment assister à la réalisation d'une œuvre d'art.

Mon maître Guyon avait le don de se faire aimer. Il trouvait toujours, en toutes circonstances, le mot, la phrase qui vous allait au cœur. Lors de mon concours de prosectorat (c'était mon premier concours et habituellement on est nommé au deuxième concours et même au troisième, bien rarement au premier) lors de mon premier concours, où j'eus la chance d'être nommé, je n'avais pas grande confiance et Guyon n'en avait pas du tout. Aussi, dès le résultat proclamé, je courus tout heureux pour le lui annoncer et il me dit ces mots qui me touchèrent beaucoup : « Au moins, vous, vous ne sollicitez pas les recommandations. » Je ne lui avais en effet rien demandé, aucune intervention en ma faveur près d'aucun des juges.

L'organisation de la clinique de Necker, à cette époque lointaine, était presque parfaite et je m'en suis inspiré pour l'organisation de ma clinique de la Salpêtrière.

Avant tout, une consultation très active, et, pour arriver à ce résultat, faite avec beaucoup de soin, chaque matin, par des assistants, toujours les mêmes. Cette consultation permet au chef de service de faire ainsi un enseignement de polycli-

nique très profitable et lui fournit une grosse activité pour des opérations nombreuses et variées.

Puis un personnel hospitalier trié sur le volet et, pour arriver à ce résultat, il faut aimer son personnel, le suivre, s'intéresser à ses besoins, à son avancement, ne jamais faire d'observations en public, mais prendre à part les membres du service pour les éduquer et les rendre meilleurs.

Des laboratoires bien organisés, ayant à leur tête des hommes distingués, avec de fréquents contacts entre le chef de service et les laboratoires.

On a reproché à mon maître Guyon de ne pas avoir inventé la prostatectomie par énucléation. Mais c'est un pur hasard qui a permis à Freyer de la réaliser. On sait que Freyer (de Londres), ancien chirurgien de l'armée des Indes, opérant un malade qu'il croyait atteint de tumeur, avait, avec ses doigts travaillant dans la vessie, après taille sus-pubienne, ramené toute la tumeur et quand il étudia cette tumeur, il vit que l'urèthre prostatique était venu avec elle. Il en fut fort inquiet et s'empressa de pratiquer un large drainage. Or, son malade guérit très bien : la prostatectomie sus-pubienne était créée. Mais auprès de Guyon, il y avait des jeunes, Albarran, Legueu et d'autres qui auraient pu disséquer les pièces du musée et qui auraient constaté que l'hypertrophie ne touche pas la prostate, mais qu'il s'agit d'un adénome qui repousse le tissu prostatique, et qu'il existe une capsule permettant l'énucléation. Guyon avait un tel goût naturel pour le progrès que je me rappelle les encouragements qu'il donna à Robert Proust lors de sa soutenance de thèse sur la prostatectomie périnéale, alors que d'autres juges, plus jeunes, faisaient de très fortes objections.

Félix Guyon a été un grand enseigneur, il a été un excellent opérateur, et il a été le chef d'une grande école qui a honoré notre pays, l'école de Necker ; en outre il fut un grand « honnête homme ».

Félix Terrier (1837-1908). — Enfin, Félix Terrier, mon véritable maître, celui auquel je dois tout ; celui que l'on connaît encore trop peu, alors qu'il a été le père de l'asepsie, le créateur de la technique chirurgicale actuelle, le fondateur d'une école de chirurgie qui a permis à la chirurgie française d'atteindre un si haut degré. A mon âge, on serait inexcusable de ne pas être complètement, absolument, entièrement sin-

cère. Or, tout ce que j'ai écrit sur Félix Terrier — et je l'ai fait à plusieurs reprises pour faire mieux connaître et l'homme et son œuvre — tout ce que j'ai écrit est une faible partie de ce que je pense.

Avec quelques fidèles élèves de Félix Terrier, j'ai écrit la vie de ce grand chirurgien, dans un volume publié chez Masson, avec préface de Georges Duhamel.

Avant de devenir chef de service à la Salpêtrière en 1878, Félix Terrier avait fait des remplacements à l'hôpital Laënnec. Il nous a bien souvent raconté en détail ces opérations faites en 1874, 1875 et 1876. Dans une série de kystes de l'ovaire, sur onze opérées, neuf guérirent. Ces opérations, il les pratiqua sans utiliser les solutions antiseptiques, mais simplement « en se bornant à une propreté poussée à l'extrême dans les instruments, les éponges, les mains des aides et de l'opérateur ». Par une intuition de génie, il avait ébauché la méthode qui rendra son nom immortel, l'asepsie. Il avait choisi, pour opérer, non pas la salle d'opération de l'hôpital, où pendant des années, avaient défilé toutes les suppurations plus virulentes les unes que les autres, il avait choisi le seul endroit de l'hôpital où vraisemblablement, n'avait jamais pénétré un streptocoque, je veux dire le grenier. Dans un coin de grenier dont il avait fait passer les parois à la chaux, il avait installé tout ce qu'il fallait pour opérer. Il eut deux insuccès sur onze opérations, et alors cet homme toujours avide de faire mieux, abandonna cette méthode de simple propreté, qui contenait en germe toute la méthode aseptique, pour adopter la méthode de Lister, c'est-à-dire l'antisepsie.

De 1877 à 1882, Terrier fut un listérien convaincu, mais pour quelques années seulement, car à partir de 1882, il revint, mais alors d'une façon scientifique, à sa manière première, celle de l'hôpital Laënnec ; à Laënnec, il avait employé des substances non contaminées par l'hôpital ; à Bichat, il arriva à l'asepsie. « Lorsque, a-t-il écrit en 1892, dans les recherches bactériologiques, on utilise des éprouvettes, des tubes fermés à la lampe, des pipettes, etc., il ne viendra jamais à l'idée de l'expérimentateur de traiter ces divers appareils par des solutions antiseptiques dans le but de les stériliser. Il agit par les agents physiques et les stérilise par la chaleur sèche ou humide suivant les cas. En d'autres termes, les solutions antiseptiques ne donneraient pas des résultats absolus, tandis qu'ils sont obtenus par les étuves et les autoclaves. »

Et avec une modestie admirable, voici ce qu'il dit, en 1896, au Congrès français de Chirurgie : « L'asepsie, Messieurs, a pour moi, une qualité qui, je l'espère, ne vous semblera pas discutable, elle est d'origine française ; on peut dire qu'elle est née dans le laboratoire de notre illustre compatriote Pasteur. C'est là qu'elle a pris une forme concrète, c'est de là qu'elle est passée dans la pratique chirurgicale, d'abord d'une façon en quelque sorte indirecte par l'intermédiaire de Lister et de l'antisepsie, puis d'une façon tout à fait directe, dans la chirurgie dite aseptique. Et je puis vous dire que j'ai toujours été encouragé dans mes efforts pour répandre l'asepsie en France, par l'approbation des jeunes maîtres du laboratoire de Pasteur, parmi lesquels, je tiens à vous signaler en première ligne le docteur Roux. La doctrine est simple : « Stériliser tout ce qui sert à panser les blessés ou les malades. » C'est là vous le voyez, une véritable formule mathématique, et non, comme je l'ai souvent répété, un calcul de probabilité, comme il arrive quand on utilise les substances dites antiseptiques. »

Chaque année, pendant plus de vingt ans, Terrier simplifia la méthode aseptique, la mit au point, s'en fit l'apôtre. C'est grâce à cette méthode qui, à elle seule, suffirait à rendre un nom immortel, qu'il put entreprendre, étant données ses extraordinaires qualités de chirurgien, les plus délicates opérations abdominales, et apportér une telle contribution à la chirurgie pelvienne, à la chirurgie des voies biliaires, à la chirurgie de l'estomac et de l'intestin.

Avant l'ère antiseptique, « a fortiori » avant l'ère aseptique, il fallait à tout chirurgien, non seulement beaucoup d'adresse opératoire, beaucoup de rapidité, mais une grande dose de résignation pour supporter sans faiblir une mortalité opératoire effroyable. La chirurgie était forcément l'apanage de quelques rares hommes particulièrement doués, particulièrement chargés de titres et d'honneurs, présentant, permettez-moi de le dire, une surface considérable pour endosser de telles responsabilités.

Avec l'antisepsie, avec la méthode aseptique, tout cela changea à la grande stupéfaction de quelques attardés, pleins de talents, mais dépourvus de l'esprit de progrès. On pouvait être lent, on pouvait être maladroit ; on avait l'immense satisfaction, si l'on était propre, de voir guérir ses opérés. Et pendant une vingtaine d'années, de 1880 à 1900, on a vu toute une pléiade d'opérateurs qui eussent paru fort médiocres aux

chirurgiens de l'ancienne époque, pratiquer avec de bons résultats, de très bons résultats même, des opérations fort difficiles. Ce qui a fait la grande supériorité de Terrier, c'est, qu'ayant été le créateur de l'asepsie, il avait en outre toutes les qualités des chirurgiens d'autrefois ; et pendant près de trente ans, de 1882, époque de son entrée à Bichat, jusqu'en 1907, époque de sa retraite, on a pu voir, en France, opérer ce chirurgien extraordinaire qui avait créé l'asepsie, qui possédait toutes les qualités des anciens opérateurs et qui avait ainsi pu mettre sur pied une méthode opératoire, sûre, simple, que tout le monde pouvait lui emprunter. Ceux qui ont vu opérer Terrier, ne fût-ce qu'une fois, n'oublieront jamais un tel spectacle si réconfortant. Assister à une opération de Terrier, était vraiment assister à un office, célébré par un officiant pénétré au plus haut point de l'importance et de la grandeur de son acte, et tous, jusqu'au plus modeste servant, concouraient par leur recueillement, leurs soins, et leur attention, à cette œuvre noble et sacrée : le travail sur la chair humaine.

Terrier avait simplifié à tel point l'acte opératoire, que l'on avait l'impression que rien ne serait aussi facile que d'en faire autant; on n'y voyait aucune de ces acrobaties, toujours dangereuses pour le patient, si décourageantes pour ceux qui veulent être initiés. Le cadre dans lequel opérait Terrier était bien adapté par sa simplicité et sa netteté à la besogne qui s'y faisait chaque jour, besogne elle-même si nette et si simple. Que ce fût dans son service de Bichat, que ce fût dans la salle d'opération ou dans l'amphithéâtre de la clinique de la Pitié, que ce fût dans sa maison de santé particulière, Terrier s'était fait aménager, à fort peu de frais, la salle d'opération où sont passés pendant trente ans, les chirurgiens du monde entier, et qu'il a pris soin de décrire lui-même. « La salle où l'on opère, a-t-il écrit, doit être aussi simple, j'allais dire aussi nue que possible, et il faut y éviter la présence de ces appareils coûteux et complexes, de ces tables plus ou moins machinées, le plus souvent inutiles. C'est à côté de cette salle que doivent être installés tous les appareils utilisés pour la stérilisation de l'eau, des instruments et des pansements... En un mot, à côté de la salle d'opération doit être un « véritable laboratoire » dont l'organisation et la tenue sont des plus complexes, et duquel dépend la sûreté dans les résultats opératoires. On ne saurait trop le soigner, le surveiller, et en confier la direction à un préparateur en qui le chirurgien ait toute confiance. » Tout

cela peut paraître banal aujourd'hui, mais il y a plus de cinquante ans que Terrier l'avait réalisée, et avant lui, il n'y avait rien, ou il y avait du mauvais, ce qui est pire. Et même aujourd'hui, êtes-vous tellement sûrs que ces desiderata de Terrier soient réalisés partout ? Je me rappelle avoir, quelques mois avant la retraite de Terrier, visité avec lui un hôpital parisien tout nouvellement construit : la salle d'opération était suffisante ; quant au laboratoire de stérilisation, il était d'accès difficile, on y montait par une sorte d'échelle, et il consistait en un réduit fort exigu, avec un appareil qui avait la prétention de stériliser l'eau, et un autoclave de dimensions ridiculement réduites. Terrier, lui, avait fait installer dans son service, il y a près de cinquante ans, un autoclave énorme, dans lequel passait tout ce qui sert aux opérations, non seulement les champs opératoires et les compresses de gaze, mais encore les blouses du chirurgien et de ses aides, les cuvettes, etc., il n'y avait chez Terrier, à cette époque reculée, aucune « fuite » dans la stérilisation. Des contrôles automatiques avaient été institués par lui, les salles d'opération étaient réparties en salle aseptique et en salle septique. Dans un tel milieu, quels résultats admirables devait obtenir un opérateur comme Terrier.

Avec la même minutie, étaient réglés les soins préopératoires, car Terrier proclamait que si l'acte opératoire est pour une grande part dans le résultat, les soins avant et après y ont eux aussi une part considérable, d'où le soin tout particulier qu'il attachait au recrutement de son personnel hospitalier, personnel qu'il honorait de sa confiance, qu'il traitait avec les plus grands égards, et qu'il ne manquait jamais d'associer publiquement aux succès de son service.

L'attention de Terrier avait été attirée d'une façon toute spéciale sur l'anesthésie. C'est lui, le premier en France, qui confia l'administration de l'anesthésie à des médecins spécialistes. C'est là une réforme capitale dont les avantages ne sont plus à démontrer.

Terrier avait compris — et toujours avant les autres — la supériorité écrasante du travail par équipe. Dans les premières années de sa vie chirurgicale, il avait formé, avec ses collègues Championnière, Nicaise, Périer et Berger, cette légendaire équipe qui a tant fait pour la chirurgie. Lorsque l'équipe fut dispersée, chacun de ses membres étant devenu chef de service, Terrier la reconstitua en la simplifiant, en réduisant le

nombre de ses membres au minimum. Il savait, suivant la maxime des Américains, qu'une chaîne a la force de son plus faible chaînon (a chain is just as strong as its cuik). Il n'eut plus qu'un aide principal, le second aide étant simplement chargé de tenir une pince ou un écarteur ; il supprima l'aide chargé de passer les instruments et les prit lui-même sur les plateaux où ils étaient rangés méthodiquement, toujours dans le même ordre. Et avec cette équipe si réduite, il put entreprendre les plus délicates opérations de la chirurgie, avec des succès qui nous étonnent encore aujourd'hui. Terrier n'était pas un opérateur rapide, mais comme il ne perdait pas de temps, comme il ne faisait jamais de faux temps, comme il avait déjà trouvé pour son compte la méthode Taylor, il arrivait à finir ses opérations en un temps plus court que beaucoup de chirurgiens plus rapides, mais moins méthodiques. Quelle que fût la difficulté de l'opération, quel que fût le temps écoulé depuis son début, son attention ne faiblissait jamais. Les temps de réparation, si importants, étaient accomplis avec un soin minutieux, l'hémostase était toujours parfaite, et tout était toujours conduit avec une telle simplicité, avec une telle netteté, que l'on avait la certitude que l'opéré quittant la salle d'opération guérirait : il ne pouvait pas ne pas guérir. Quel plus bel éloge faire d'un chirurgien !

Terrier savait que les chirurgiens ont tendance à oublier leurs insuccès. Aussi, faisait-il, à la fin de chaque année, son examen de conscience, et pour que cet examen de conscience fût profitable, à lui et aux autres, il le faisait en public, il le faisait par écrit. Pendant près de trente ans, il a publié, chaque année, la statistique des opérations de son service. « S'il est utile de relater les succès, a-t-il écrit en 1882, il faut publier, et peut-être avec plus de détails, les insuccès, surtout lorsque l'examen nécropsique a été fait. » C'étaient ses élèves qui, pendant les vacances du jour de l'an préparaient la statistique de l'année, et, dès le retour de Terrier, le premier assistant la lui remettait. Hartmann a fait longtemps ce travail, moi aussi je l'ai fait de longues années après lui. Et le spectacle que notre Maître nous donnait en recevant cette statistique où chaque insuccès était suivi du nom de l'opérateur, a toujours été invariablement le même : Terrier ne modifiait en rien ce qui avait été marqué pour les opérations faites par les assistants, mais pour ses insuccès personnels, il les accentuait pour ainsi dire, et si l'on avait noté,

par exemple, qu'un malade ayant subi une gastro-entérostomie avait succombé à une complication pulmonaire, Terrier ne manquait jamais d'ajouter qu'il s'agissait d'une complication pulmonaire par infection opératoire. Heureux ceux qui ont été élevés à l'école d'un tel maître !

La force surnaturelle de Terrier, c'est qu'il croyait ce qu'il disait et comme il avait toujours raison, on peut imaginer les progrès réalisés grâce à lui dans le domaine de la chirurgie. Dans un autre ordre d'idées, n'est-ce pas Mirabeau qui disait de Robespierre : « Cet homme ira loin, il croit tout ce qu'il dit. »

MON HOPITAL PRIVÉ DE LA RUE ANTOINE-CHANTIN

J'ai conté, plus haut, comment vers 1903, j'avais visité, à Berlin, l'hôpital Virchow, avec ses pavillons isolés au milieu de parterres fleuris. A la fin de ma visite, je demandai au directeur qui avait consacré une longue matinée à me faire visiter dans tous ses détails son bel établissement, comment se faisait le recrutement des malades, et j'appris alors les modalités d'une organisation que je crois excellente et que j'ai pu moi-même réaliser en France et faire fonctionner à la satisfaction de tous depuis vingt-huit ans. Ce médecin-directeur de l'hôpital Virchow m'expliqua que son hôpital, comme tout hôpital allemand, recevait trois classes de malades : 1° les indigents qui se présentaient avec une carte de la municipalité et qui étaient admis en salle commune, soignés et opérés gratuitement ; 2° les assurés sociaux (car il y avait déjà à cette époque lointaine des assurances sociales en Allemagne), qui étaient soignés et opérés avec remboursement par leur caisse ; 3° des malades qui n'étaient ni indigents, ni assurés sociaux, et qui étaient alors considérés comme malades de ville et traitaient avec la maison et avec le chirurgien comme ils le feraient dans une maison de santé privée. J'étais revenu de ce voyage en Allemagne avec la ferme intention de réaliser en France un hôpital privé à trois classes. Je pus le faire quelques années plus tard. Grâce à Mademoiselle Chaptal et à quelques hommes qui se réunirent autour d'elle, Messieurs Paul Lebaudy, David-Weill, Edmond Fouret, Max Leclerc, et moi-même, nous pûmes construire un hôpital privé chirurgical rue Antoine-Chantin. Cet hôpital qui compte quatre-vingts lits, a été ouvert en 1912, et jusqu'en septembre 1939, il a parfaitement fonctionné, équilibrant ses dépenses

et ses recettes, sauf en 1938 et en 1939, où les nouvelles lois sociales votées en 1936 et en 1937, et la semaine de quarante heures lui ont porté un préjudice considérable. Dans cet hôpital privé, nous recevons depuis vingt-huit ans, trois classes de malades : 1° les malades envoyés par les membres fondateurs et qui sont, naturellement, hospitalisés et soignés gratuitement ; 2° des petits payants qui donnent un prix modique de journée (35 francs par jour pour les dernières années) et un prix modique pour le chirurgien ; 3° des malades plus aisés, en chambre séparée, à quatre-vingts francs par jour et qui payent directement leur chirurgien. Tout cela commence à être compris de tous, à s'introduire dans les hôpitaux publics, et ce sera sûrement la règle commune de demain. Mais il y a vingt-huit ans, c'était, qu'on me permette de le dire, une tentative louable et qui a rendu de grands services. Grâce au dévouement de Mademoiselle Chaptal et de son personnel d'infirmières, grâce aux sacrifices de M. David-Weill, de M. Lebaudy, de moi-même et de M. Edmond Fouret, grâce à une très bonne organisation, la maison de la rue Chantin a pu vivre jusqu'au 1er septembre 1939, les malades aisés payant pour les malades pauvres, ce qui est la seule formule pratique.

Dans leurs voyages (car il faut avoir un peu la pérégrinite, comme disait Rabelais), dans les congrès, les chirurgiens apprennent beaucoup ; en outre, ils se font des amis et ils font des amis à leur patrie.

Je compte de nombreux amis dans les deux Amériques, en Angleterre où j'ai été lié avec Moynihan et où j'entretiens les meilleurs rapports avec Gordon Taylor, Grey Turner, Beatty ; en Suisse avec le professeur Julliard, et autrefois le professeur de Quervain ; en Hollande le professeur Schumacker ; en Belgique, le professeur Albert, le professeur Lorthioir, Neumann, Danis, Mayer ; à Vienne j'étais lié avec von Eiselsberg et je suis lié avec Finsterer ; au Portugal, je compte un ami, dos Santos ; en Russie, Judine, Bourdenko. En Allemagne, je compte un fidèle ami, aussi fidèle pour moi que je lui suis fidèle. Les événements de 1914 et de 1939 n'ont en rien altéré l'amitié qui unit, depuis trente-cinq ans, le professeur Sauerbrück et moi, amitié qui repose surtout sur la profonde estime que nous avons l'un pour l'autre.

DES PROGRÈS RÉALISÉS DANS LE TRAITEMENT CHIRURGICAL DE QUELQUES AFFECTIONS ET DE QUELQUES OPÉRATIONS NOUVELLES

LES OPÉRATIONS POUR GOITRE

Ils sont loin, les jours où Kocher, le grand chirurgien de Berne, ignorant, comme tous les chirurgiens de son époque, les fonctions du corps thyroïde, constate, après ablation *totale* de la glande, le développement, chez son jeune opéré, de tout le syndrome du myxœdème.

Ce triste résultat fournit aux physiologistes l'occasion d'entreprendre de longues et minutieuses recherches qui ont révélé le rôle véritable du corps thyroïde, avec les modalités de sa sécrétion interne, et aussi l'existence des glandes parathyroïdes et leur importance vitale.

Aujourd'hui, la technique de la thyroïdectomie en a été transformée, et on a recours à cette opération non seulement pour les goîtres simples, mais encore pour le goître exophtalmique, considéré jusqu'alors comme une affection purement médicale.

La technique opératoire, pour les lésions du corps thyroïde, après avoir tâtonné, après avoir été insuffisante, vraiment étriquée, est devenue, grâce à des procédés très simples, aussi large et aussi bénigne qu'il était souhaitable ; par cela même, elle a été efficace, sans dépasser les limites permises.

Une notion nouvelle, capitale : la nécessité de déterminer le métabolisme basal, et grâce à cette détermination, la possibilité de discriminer les cas qu'il ne faut pas opérer de ceux qui deviennent opérables, après que le métabolisme a été ramené à des taux voisins de la normale.

Autrefois, pour enlever un goître, on se contentait de faire sous anesthésie locale (le mode d'anesthésie n'a pas changé, quoique très perfectionné, car les anciens connaissaient en 1900 les risques de l'anesthésie générale dans les opérations sur le cou), autrefois, on se contentait de faire l'énucléation des noyaux, en laissant le corps thyroïde lui-même et, malheureusement aussi, les minuscules noyaux qu'il pouvait contenir, car on craignait la blessure du nerf-récurrent.

Aujourd'hui, qu'il s'agisse d'une opération pour goître exophtalmique ou d'une opération pour goître ordinaire, on enlève la glande dans sa presque totalité, sans se préoccuper de la lésion, en conservant simplement, dans chaque lobe, une bandelette postérieure, manœuvre qui simplifie du tout au tout l'opération et évite tout risque au nerf récurrent, ou toute atteinte aux parathyroïdes.

LE TRAITEMENT DES FRACTURES

Le traitement des fractures a été complètement transformé, rénové, par la découverte de Roentgen.

Avant l'emploi des rayons X, on croyait les fractures connues dans leurs moindres détails. Depuis, que de notions nouvelles acquises, que d'erreurs redressées ! Destot (de Lyon) a montré dans ses atlas que seul l'examen radiologique permet d'arriver à la perfection dans le diagnostic. Aujourd'hui, il faut compléter et dire : à la perfection dans la correction.

Grâce aux rayons X, les fractures du col du fémur, les fractures bi-malléolaires (dans ces dernières, on a pu déceler l'existence d'un troisième fragment, *le fragment marginal postérieur*, parfois très gênant), les fractures du rachis, du poignet, sus-condyliennes du fémur, pour ne parler que de celles-là, n'ont plus de secrets.

Grâce aux rayons X, on surveille et on corrige le travail de la nature pendant toute la durée de la consolidation.

Le dossier d'un fracturé doit toujours contenir quatre clichés, l'un de face, l'autre de profil, pris *avant* toute réduction, et deux autres, également de face et de profil, pris *après* réduction.

Le traitement des fractures (je n'envisage que les fractures

fermées) en a été complètement transformé. Dès qu'une fracture a été constatée cliniquement et radiographiée, on doit procéder à la réduction et maintenir cette réduction par un appareil approprié.

La réduction étant supposée réalisée, dans une fracture de jambe par exemple, on doit contrôler par rayons X la position des fragments et la valeur de la réduction. Si celle-ci est *absolument* satisfaisante, tout est bien. Tout est bien pour l'instant, car dans certaines fractures obliques du tibia, il peut se produire, même après la réduction la plus exacte et malgré l'appareil le mieux appliqué, un déplacement *secondaire*. L'obliquité du trait de fracture a rendu possible, sous l'appareil plâtré et malgré lui, un peu de glissement des fragments l'un sur l'autre, et un contrôle radiographique fait quatre à cinq jours après la réduction, révélera parfois un chevauchement d'un à deux centimètres : c'est un cas assez fréquent. L'indication est alors formelle, il faut opérer et pratiquer l'ostéosynthèse qui donnera la réduction mathématique recherchée. L'intervention sanglante est également indiquée si la réduction immédiate n'est pas parfaite ; il faut alors, sans attendre, car l'opération est d'autant plus facile qu'elle est plus précoce, recourir à la suture osseuse.

Au lieu de marcher un peu à l'aveugle dans le traitement des fractures, comme cela était imposé autrefois, on voit que le chirurgien, aujourd'hui, peut tout contrôler jusqu'à l'achèvement de la consolidation. En somme, il est maître de diriger à son gré les événements. Il a vue sur tout ce qui se passe dans la profondeur, il contrôle le travail de la nature, il peut en corriger les erreurs.

Mais de telles manœuvres exigent de parfaites installations chirurgicales, et une asepsie parfaite, elle aussi. On peut même ajouter qu'elles exigent aussi d'excellents chirurgiens.

Prenons maintenant le cas d'une fracture ouverte. La doctrine est depuis longtemps fixée, et Charles Nélaton l'a parfaitement exposée à l'Académie de Chirurgie. Dans toute fracture ouverte, c'est-à-dire avec plaie cutanée communiquant avec le foyer de fracture, il faut, le plus tôt possible, intervenir chirurgicalement, nettoyer, et mettre les fragments en bonne position. La radiographie rend plus faciles les manœuvres. Grâce à elle, nous savons, avant toute incision, le nombre des traits de fractures, leur direction et nous n'arrivons pas en pays inconnu. Mais nous avons aussi appris qu'on peut main-

tenir les fragments en contact avec des prothèses appropriées, ou mieux encore, mettre à distance, loin du foyer de fracture, une broche perforante, comme la broche de Kirschner, qui permettra une traction contrôlable, une réduction contrôlable et une bonne consolidation. Dans ce domaine des fractures ouvertes, les progrès depuis vingt ans, depuis dix ans surtout, sont évidemment incomparables.

La conduite que tiennent de plus en plus les chirurgiens dans le traitement des fractures du col du fémur permet de mesurer, mieux que par n'importe quel autre exemple, les énormes progrès réalisés dans le traitement des fractures. Autrefois, on laissait volontiers les fractures du col du fémur, chez les vieillards ayant dépassé 70 ans, abandonnées à elles-mêmes. D'où il résultait un raccourcissement notable, une impotence marquée, et souvent un état douloureux persistant. Aujourd'hui, par des procédés simples, on obtient la réduction aussi parfaite que possible, on la contrôle de suite par les rayons X, et on traverse le grand trochanter, le col, puis la tête fémorale par un clou métallique à ailettes, le clou de Smith Petersen, ce qui permet d'imposer le séjour au lit beaucoup moins longtemps et d'obtenir la guérison sans les séquelles d'autrefois : c'est un immense progrès.

LE TRAITEMENT DU CANCER DE LA LANGUE

Association du radium et de la chirurgie.

Les deux cancers pour lesquels le radium s'est montré d'une efficacité si heureuse, sont le cancer du col utérin et le cancer de la langue.

Pour le cancer utérin, le traitement après avoir été radium-chirurgie, est maintenant exclusivement confié au radium pour le col lui-même, à la roentgenthérapie pour les ganglions abdominaux. La chirurgie a disparu, quant à présent, pour de telles lésions.

Pour le traitement du cancer de la langue, si décourageant jusqu'en 1920 pour les chirurgiens qui avaient le mérite de s'y attaquer, l'association du radium et de la chirurgie est actuellement la méthode en faveur : le radium pour la lésion

linguale, l'ablation par le bistouri pour les ganglions cervicaux.

Le docteur Roux-Berger a publié, il y a un an, dans les *Bulletins de l'Académie de Chirurgie*, une étude basée sur les résultats de sa grande expérience (J.-L. Roux-Berger et A. Tailhefer, Cancer de la partie mobile de la langue. Traitement des adénopathies, 494 cas, séance du 7 juin 1939, p. 835). Le travail présenté par Roux-Berger et Tailhefer représente une expérience de quinze années : quatre cent quatre-vingt-quatorze cas de 1919 à 1933 inclus, uniquement de cancers de la partie mobile de la langue.

La lésion linguale est toujours traitée par la curiethérapie.

Restent les adénopathies. Les adénopathies du cancer de la langue ont été traitées successivement depuis 1919 par trois techniques : radiations seules, chirurgie et radiations, chirurgie seule. Les auteurs nommés plus haut ont adopté « l'intervention précoce, la plus rapprochée possible du traitement de la lésion de la langue. Nous pratiquons ainsi un nombre important d'opérations inutiles ; mais à ce prix, nous évitons l'opération tardive. De la sorte, nous avons obtenu le pourcentage de 45 % de guérisons ».

OPÉRATION POUR MÉGA-OESOPHAGE

Opération nouvelle.

Cette affection, dont la radiologie a permis de connaître les modalités, et qui consiste essentiellement en une diminution du calibre de l'œsophage dans sa traversée diaphragmatique, avec énorme dilatation sus-stricturale, gêne considérablement l'alimentation.

La cause première est une hypertrophie des fibres circulaires de la partie inférieure de l'œsophage. Le traitement a découlé tout naturellement.

On aborde, par l'abdomen, l'œsophage dans sa portion sous-diaphragmatique, on le libère (et la manœuvre est très facile) de l'anneau musculaire du diaphragme, puis on l'abaisse, ce qui le rend accessible à la vue et au toucher sur une longueur de près de huit centimètres. Il suffit alors, à la jonction

exacte de l'œsophage et de l'estomac, c'est-à-dire sur le cardia, de sectionner la couche musculaire en respectant avec soin la muqueuse. Par la boutonnière ainsi créée, on introduit les branches d'un ciseau courbe fermé, et à petits coups légers, en remontant, on sépare la couche musculaire de la tunique muqueuse. On sectionne ainsi, de proche en proche, la couche musculeuse sur une hauteur à six à huit centimètres et l'anneau constricteur est ainsi supprimé.

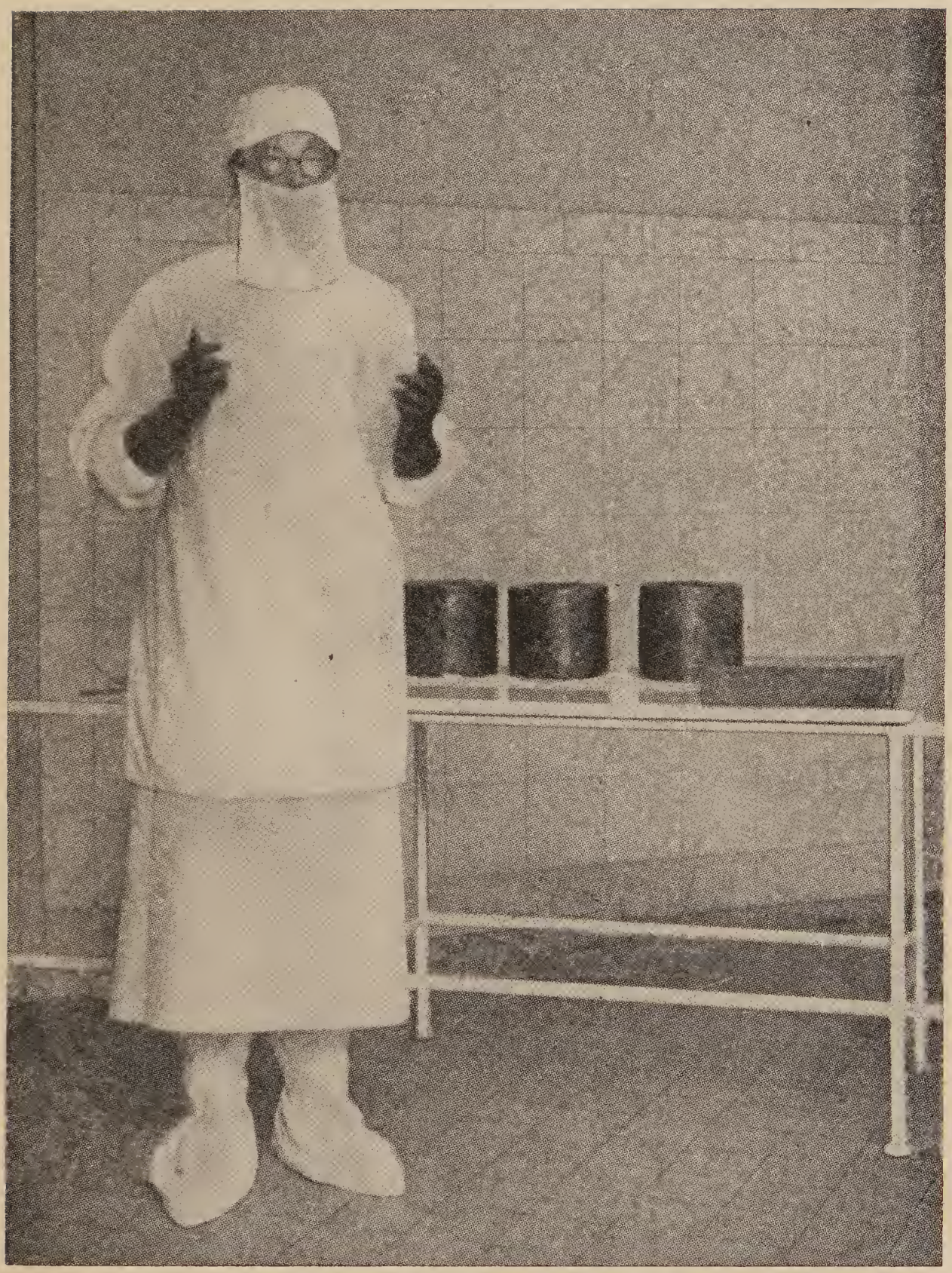
Le résultat, il est facile de s'en rendre compte en regardant les radiographies, avant et après l'opération, et en tenant compte de l'engraissement (dans un de mes cas six kilos en trois mois chez une malade de soixante-cinq ans opérée, il y a deux ans, avec le docteur Ladislas Landowski).

Cette opération, l'œsophago-cardiotomie extra-muqueuse (opération de Heller, 1914) n'est qu'une simplification technique de l'œsophago-cardioplastie de Bozzi-Wendel (1909-1910). Heller eut le mérite de voir qu'il était inutile d'ouvrir la muqueuse et de resuturer l'anneau musculaire.

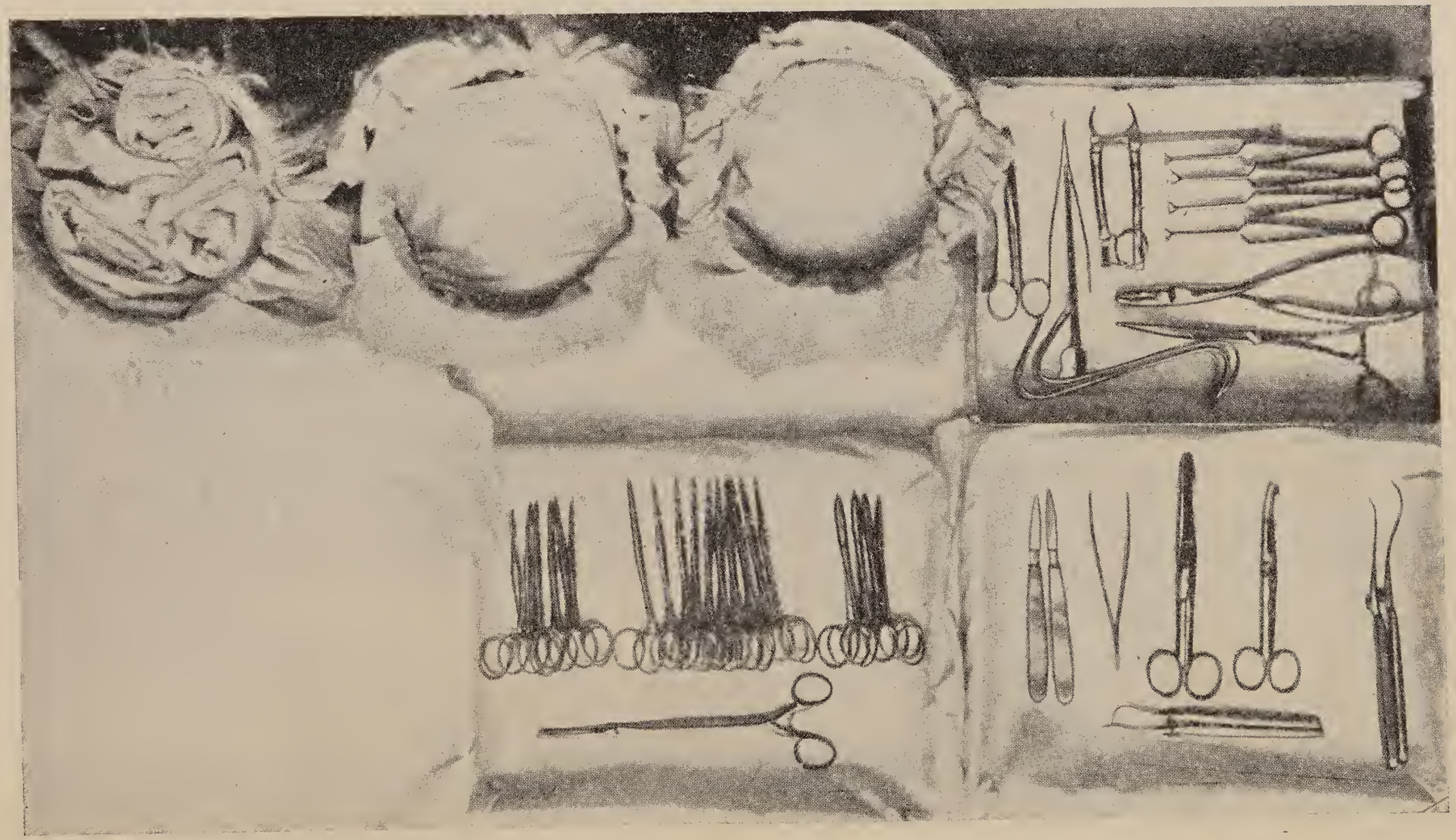
ABLATION DE LA VÉSICULE BILIAIRE POUR LITHIASE

Autrefois, quand on voulait enlever une vésicule biliaire, on procédait du fond vers le col. On décollait le fond de la vésicule de ses adhérences avec le bord du foie, et, cheminant à petits coups de ciseaux, on avançait progressivement vers le cystique, en travaillant souvent en dehors de la zone décollable, par conséquent en provoquant un peu d'hémorragie et en terminant par un pédicule toujours un peu trop gros, dont les éléments n'étaient pas suffisamment dissociés, puisque bien souvent on était obligé de lier en masse vaisseaux et canal cystique.

Aujourd'hui, la manœuvre est beaucoup plus simple. Se laissant guider par le canal cystique, on met à découvert, avant toute autre manœuvre, la fin du cystique, le cholédoque et le canal hépatique, c'est-à-dire le trépied biliaire. Puis on isole la terminaison du cystique comme on le ferait pour une artère, on passe un catgut autour du cystique et on lie, à l'endroit exact choisi, pas trop loin du cholédoque, car on laisserait trop de cystique, pas trop près non plus, car on pourrait gêner le



HABILLAGE MODERNE DU CHIRURGIEN



DISPOSITION DES INSTRUMENTS DU CHIRURGIEN

cholédoque. On sectionne alors le cystique, on le tire d'arrière en avant, et on tend ainsi, on met en relief les vaisseaux de la vésicule : on les prend dans une pince, on les coupe et on les lie. La vésicule se laisse alors, par une douce traction, décoller d'arrière en avant, dans le bon plan de clivage, c'est-à-dire sans hémorragie et avec la plus grande facilité. C'est le même résultat, mais obtenu sans aucun traumatisme et sans aucun risque pour le cholédoque.

Comparez les opérations d'autrefois et d'aujourd'hui. C'est la même opération, ou plutôt c'est le même résultat, et cependant, c'est totalement différent.

GREFFONS NERVEUX

Autrefois, quand on se trouvait en présence d'une section nerveuse complète, on cherchait à rapprocher les deux bouts du nerf par une suture. Mais si la suture est faite tardivement, le névrome du bout supérieur, le gliome du bout inférieur empêchent le passage des cylindraxes, et les enseignements de la guerre de 1914 ont montré qu'il faut aviver assez largement et le bout supérieur et le bout inférieur, d'où un écart le plus souvent trop grand pour permettre la réunion bout à bout, et comme conséquence, la nécessité d'un greffon.

On a conseillé les greffons de nerfs de veau conservés (méthode de Nageotte), les greffons pris sur des rameaux sensitifs du blessé lui-même, des greffons prélevés sur des nerfs de chien vivant et anesthésié. En 1937, avec Ivan Bertrand, nous avons conseillé l'emploi de fragments de moelle de chat ou de lapin conservés d'une façon spéciale. Nous pensions être les premiers à avoir employé, chez l'homme, les greffons médullaires. C'était une erreur, car en 1890, un chirurgien anglais Mayo Robson (de Leeds) avait, avec succès, employé un fragment de moelle de lapin pour une perte de substance du médian.

Dans les sutures nerveuses, il y a encore bien des inconnues. J'ai revu, il y a quelques jours, une jeune femme que j'avais traitée il y a six ans, à la suite d'une section, par glace de pare-brise, de tous les tissus de la face antérieure de l'avant-bras, au-dessus du poignet. La glace avait sectionné tous les tendons

fléchisseurs, les artères radiale et cubitale, ainsi que les deux nerfs médian et cubital. Actuellement, tous les tendons fonctionnent, et tandis que la régénération sur le nerf cubital est parfaite, sur le nerf médian, l'échec est total. Cependant, les sutures sur les deux nerfs avaient été exécutées de la même manière, dans la même séance, par le même chirurgien : sur le nerf cubital, réussite ; sur le nerf médian, échec. Pourquoi cela ?

***

Que de chapitres *nouveaux* dans la chirurgie : la chirurgie du poumon avec Sauerbrück (de Berlin) (thoracoplasties, lobectomies, pneumonectomies) ; la chirurgie du cerveau et de l'hypophyse, avec Harvey Cushing (de Baltimore) ; la chirurgie du sympathique avec Leriche (de Lyon) ; la chirurgie du cœur, avec Beck (de New-York) ; les arthroplasties avec Putti (de Bologne) ; les greffes osseuses avec Albee (de New-York).

CONSTITUTION DU DOSSIER DE CHAQUE OPÉRÉ

Autrefois, le chirurgien était bien obligé de se contenter dans tout examen d'un malade, après un interrogatoire précis, des constatations que ses sens lui permettaient de recueillir en tenant compte des enseignements de son expérience. Il obtenait ainsi des notions de la plus haute importance, et arrivait à poser des diagnostics très poussés. N'est-ce pas un grand chirurgien anglais, John Hunter, qui, se basant sur des signes rencontrés pour la première fois et en les interprétant, a fait le diagnostic d'anévrisme artério-veineux, lésion inconnue jusqu'à lui ?

C'est avec leurs doigts, leurs sens que les médecins et les chirurgiens ont construit le magnifique édifice scientifique que nos pères nous ont légué.

L'emploi du stéthoscope, des appareils à mesurer la pression sanguine, a constitué un immense progrès. Il n'y a de science véritable que là où il y a mesure.

Aujourd'hui, grâce à de nouveaux appareils d'investigation (en particulier les rayons X), grâce à des analyses de labo-

ratoire, on acquiert, et bien souvent avec une très grande simplicité, *la certitude*. Ce qui ne veut aucunement dire qu'il faille abandonner la vieille clinique. Les moyens nouveaux que nous avons à notre disposition ne suppriment rien, ils s'ajoutent.

PRISE DES OBSERVATIONS DES MALADES

On continuera donc, comme par le passé, à prendre l'observation clinique de chaque futur opéré, grâce à un interrogatoire bien conduit et à un examen méthodique ; mais, une fois sur la voie du diagnostic, on utilisera les nouvelles méthodes qui permettront d'infirmer ou de confirmer la première impression, et on constituera ainsi, pour chaque malade, un véritable dossier qui comprendra une série de fiches : à côté de l'observation clinique, la feuille ou les feuilles radiologiques, l'examen cardiothoracique, l'examen hématologique, la feuille urinaire, la feuille stomatologique. Ce dossier, autrefois, eût été bien maigre.

La manière dont doit être prise et rédigée une observation n'a pas changé, malgré toutes les découvertes de laboratoire réalisées depuis trente ans. Ce que l'on peut dire, c'est qu'il est possible, grâce à ces découvertes, de compléter le dossier de chaque malade et de tirer, de ces nouveaux renseignements fournis par les laboratoires, des données capitales pour le diagnostic et pour le mode d'intervention, en particulier pour le choix de l'anesthésique à employer.

Voici comment l'on peut — je ne dis pas l'on doit — prendre l'observation d'un malade qui vient d'être admis dans un service de chirurgie.

Que d'esprit d'observation, d'éducation des doigts, d'instruction, il faut, pour bien relater l'histoire d'un malade !

Dans les observations de malades chirurgicaux, il n'y a pas lieu de faire figurer d'abord les antécédents personnels, ni les antécédents héréditaires, comme le font encore, je crois, et sans doute avec raison, nos collègues les médecins.

Les antécédents viendront en dernier lieu et pourront faire pencher, en cas de diagnostic hésitant, la balance d'un côté ou de l'autre, suivant ce qu'ils comporteront. Un malade est admis pour un traumatisme, pour une suppuration, pour une

tumeur ; interrogez-le d'abord sur la maladie actuelle, celle qui le conduit à l'hôpital.

Il faut distinguer entre les affections chroniques à marche lente, non douloureuse, qui s'établissent souvent insidieusement, et les affections aiguës qui brûlent les étapes et débutent avec fracas.

Voici, par exemple, le cas d'un cancer du sein. Il n'y a au début aucun phénomène douloureux ; c'est par hasard, sans que son attention soit aucunement éveillée, que la malade s'aperçoit qu'elle porte, dans l'un des seins, un noyau plus ou moins dur dont elle ne peut dire exactement le moment d'apparition.

Et cependant, si l'on pouvait savoir exactement la date d'apparition, on posséderait un élément d'appréciation de valeur, car tout cancer du sein opéré après un an a de bien grandes chances de récidiver.

L'examen montrera dans quel « quadrant » du sein siège la tumeur. Le plus mauvais siège est dans la portion interne du sein, car les lymphatiques en sont tout disposés pour porter rapidement des cellules néoplasiques vers les ganglions thoraciques profonds.

On cherchera avec soin les adénopathies axillaires, sans oublier l'examen du creux sus-claviculaire et même du creux axillaire opposé.

On n'oubliera pas d'examiner aux rayons X et les hiles pulmonaires, et les plèvres ; et si la malade se plaint d'une douleur osseuse localisée, il sera indispensable de faire une radiographie de l'os douloureux. Dans plusieurs cas où la tumeur du sein se présentait dans des conditions assez favorables, l'exploration d'un point douloureux du squelette a pu montrer un noyau cancéreux secondaire siégeant à ce niveau.

Dans une affection aiguë, au contraire, perforation d'estomac, perforation appendiculaire, rupture de grossesse tubaire, le malade précisera très exactement l'heure exacte, parfois la minute où les accidents ont éclaté.

Prenons le cas d'une péritonite par gangrène appendiculaire. Le malade, en pleine santé, ou avec quelques troubles digestifs légers depuis quelques années, a été pris tout à coup d'une douleur abdominale intense, souvent terriblement aiguë, en coup de poignard, dans la fosse iliaque droite. Douleur qui parfois le courbait en deux. Souvent un ou plusieurs vomissements, et changement d'aspect du visage, les traits tirés, le

teint plombé à un tel degré que l'entourage du malade a pu l'observer. Vous examinerez le malade ; on a eu soin de noter, avant votre examen, et la température et les pulsations. La température est peu élevée, 38°, 38°5 ; le pouls, au contraire est à 120 et même plus. Cette dissociation entre le pouls et la température est plutôt indice d'une certaine gravité. Vous regardez le facies, il est anxieux, les yeux sont cernés, la respiration superficielle parce que l'abdomen souffre. Vous faites découvrir le malade et vous *regardez* le ventre respirer, vous constatez s'il est rétracté ou en météorisme, et vous palpez. Votre diagnostic est en train de s'éclairer. Vous le complétez par le palper du ventre pour constater s'il existe de la douleur et localiser cette douleur. Commencez par les régions du ventre qui doivent être normales et terminez par la fosse iliaque droite. Pour bien relâcher les parois de l'abdomen, faites fléchir légèrement les jambes et les cuisses. La palpation à gauche n'est pas douloureuse, ni à l'épigastre, ni au rebord du foie ; mais, pour palper, il faut aller avec méthode, la main droite bien à plat, en procédant par de toutes petites flexions des doigts. Ne palpez pas brutalement, la pointe des doigts menaçant le ventre ; beaucoup de légèreté de la main et des doigts donne les meilleurs renseignements. Dans la fosse iliaque droite, dans le cas d'appendicite aiguë, vous révélerez soit un point douloureux d'une sensibilité exquise, avec une douleur telle que vous ne pouvez palper profondément, soit une zone douloureuse de la largeur d'une pièce de cinq francs ou d'une petite paume de main, région douloureuse au niveau de laquelle la paroi abdominale est contractée, et seulement dans cette zone douloureuse. Vous pouvez même provoquer cette douleur à droite, en palpant à gauche, et si vous suivez les conseils donnés par Rovsing, il vous arrivera parfois de déceler cette douleur à distance qui prend une réelle valeur. Pour déterminer si vous avez affaire à une lésion restée très locale, ou si l'inflammation tend à fuser vers le reste de l'abdomen, tentez la manœuvre suivante si simple et si pleine d'enseignements : priez le malade de faire une respiration profonde, aussi profonde qu'il sera possible. Les enfants eux-mêmes répondent très bien à cette demande. Pour vous donner satisfaction, le malade esquissera une très profonde inspiration. S'il n'y a pas péritonite, il ira jusqu'au bout dans son inspiration ; si le péritoine est envahi, il s'arrêtera tout de suite, parce qu'il éprouvera une grande douleur, et il ne pourra

achever le mouvement d'inspiration. Simple constatation visuelle facile à rechercher, très souvent inutilisée et qui possède cependant une très grande valeur.

Informez-vous si l'intestin a fonctionné, si des gaz ont été rendus. En cas d'arrêt depuis douze heures, depuis vingt-quatre heures des matières et des gaz, voyez-y une confirmation de vos craintes quant à l'état du péritoine. Informez-vous aussi des mictions. Cherchez si la vessie a pu fonctionner, si la miction n'a pas fait éprouver au petit malade (car dans ce dernier cas, il s'agit surtout d'enfants) une certaine douleur surtout marquée à la fin. Alors pensez à la possibilité d'un appendice logé près de la vessie, dans le petit bassin.

Si tout est en faveur d'une crise aiguë d'appendicite et si vous ne constatez rien dans la fosse iliaque droite, alors rappelez-vous qu'il y a des appendices rétro-caecaux, des appendices pelviens et cherchez dans ces directions.

Tous ces signes, nos maîtres les connaissaient très bien, mais ils avaient le tort de ne pas en tirer la certitude qui en découle pour nous maintenant : le diagnostic de crise aiguë d'appendicite étant fait, la nécessité *absolue* d'une opération immédiate s'impose comme une vérité éclatante.

Ce que nous ne savions pas, il y a trente ans, ce sont les faits suivants : — que le foie est toujours touché dans les crises aiguës d'appendicite et qu'il y a obligation formelle d'employer un anesthésique aussi peu toxique que possible, en tout cas, jamais le chloroforme ; — que les examens de laboratoire peuvent donner des renseignements de valeur, et que, dans les cas de diagnostics délicats, une leucocytose qui va en augmentant est un signe précieux; — que, dans le cas de doute, revoir son malade chaque deux heures est une conduite qu'il faut suivre d'une façon qui ne souffre pas de discussion ; — enfin que l'on trouve, dans l'immense majorité des cas, des lésions plus avancées que l'on n'avait pu le croire.

Enfin, après l'opération, nous avons aujourd'hui à notre disposition des ressources thérapeutiques que nos pères ne possédaient pas (sérums antigangréneux et anticolibacillaires, et certains produits chimiques comme les sulfamides), ressources qui ne sont pas venues supprimer celles que nous avions (sérum salé, sérum sucré, solu-camphre), mais qui doivent les compléter.

Il faut aussi savoir — mais ce ne sont pas notions nouvelles — que des pneumonies, des états urémiques peuvent

donner des douleurs abdominales dans la fosse iliaque droite.

En somme, dans ces trente dernières années, ce que nous avons appris surtout, quant à l'appendicite, c'est et l'utilité des examens de laboratoires, et la notion qu'il ne faut jamais attendre pour opérer, et la valeur des sérums anti-infectieux.

La seule inspection du ventre donne parfois des renseignements que rien ne peut remplacer. Je me rappelle avoir reçu un jour la visite d'un confrère et ami de l'Académie des Sciences. Il venait me montrer sa femme, âgée d'une cinquantaine d'années, pour des crises douloureuses de l'hypocondre droit, sur lesquelles les avis étaient partagés. La malade, habituellement maigre, avait encore beaucoup maigri, et la paroi abdominale était réduite à l'état de mince membrane. Je la fis allonger sur une table d'examen, et à deux mètres, en m'approchant d'elle, je vis monter et descendre, avec les mouvements respiratoires, une tuméfaction ayant la forme et les dimensions d'une grosse poire, qui partait du bord du foie, pour descendre le long du bord externe du muscle droit du côté droit. Le diagnostic était évident. Je ne palpai même pas la malade, et j'exposai à mon confrère qu'il s'agissait sans discussion possible d'une grosse vésicule distendue, qu'il existait un calcul enclavé dans le cystique, que le liquide contenu dans la vésicule était clair comme de l'eau et qu'on appelait cette lésion un hydrocholécyste. Il me prit pour un homme peu sérieux, puisque tout le monde discutait le cas. Malgré cela, il me confia sa femme, et l'opération très simple montra qu'il y avait bien calcul enclavé dans le cystique et hydrocholécyste : la pièce est conservée au musée de la Salpêtrière.

Il n'y avait pas lieu d'être fier de ce diagnostic, car il était évident. Ce qui ne m'empêcha du reste pas de faire profiter cette malade des découvertes nouvelles, et une radiographie après tétraiode montra en effet qu'il y avait un calcul unique, sans doute arrêté dans le cystique. D'autres examens de laboratoire furent naturellement pratiqués (recherche de l'urée sanguine, cholestérinémie, temps de coagulation et temps de saignement, nombre des globules rouges et des globules blancs), mais ce cas montre qu'il ne faut pas faire un diagnostic à coups de fiches de laboratoire, mais qu'il s'agit d'abord de faire un diagnostic comme autrefois, puis de l'étayer et de le compléter par d'autres examens. On peut dire, sans prétention, que le diagnostic précis, clinique, a toujours été le triomphe de la médecine française. Gardons précieusement et ajoutons.

FAUSSE OCCLUSION INTESTINALE DANS LA COLIQUE NÉPHRÉTIQUE

Il faut avoir beaucoup lu, beaucoup vu, beaucoup retenu pour ne pas faire, dans certains cas difficiles, de grosses erreurs de diagnostic avec toutes les conséquences que cela comporte.

Il y a bien longtemps, vers 1906, j'avais été rendre visite à mon maître Tillaux, retenu au lit par une crise de colique néphrétique. Dans les crises néphrétiques, il est constant qu'il y ait toujours un certain degré d'atonie de l'intestin et impossibilité pour les gaz d'être rendus. Si les douleurs rénales ou uretérales ne sont pas très violentes, si la distension intestinale est au contraire très développée, on pourrait se laisser aller à penser à la possibilité d'une occlusion, et mon maître Tillaux me précisait que, dans son cas, on avait pensé un moment à recourir à une intervention contre l'occlusion.

Le souvenir de ce cas ne fut pas perdu pour moi et dans deux circonstances très présentes à mon esprit, je n'eus qu'à m'en louer.

Un jour m'arrive, il y a une vingtaine d'année, d'un grand pays étranger, un malade vers la soixantaine, que j'avais soigné auparavant, et chez lequel on avait diagnostiqué une occlusion intestinale chronique, avec nécessité d'établir un anus artificiel. Les chirurgiens consultés par le malade sur la possibilité de venir à Paris (cinq heures de trajet) avaient répondu par l'affirmative, et je vis le malade avec mon ami le docteur Bensaude et le docteur Combe (de Lausanne), de passage à Paris. Il y avait eu quelques phénomènes douloureux vésicaux assez légers, la distension de l'intestin était très marquée, mais aucun trouble intestinal antérieur, aucun amaigrissement. Avec prudence, nous décidâmes d'attendre et grâce à des calmants, le calcul (car il s'agissait bien d'une crise néphrétique) fit sa migration et le malade guérit sans aucune intervention. Rentré chez lui, il ne craignait pas de dire avec humour : « Mes chirurgiens voulaient me faire un anus artificiel, on m'a envoyé à Paris pour y prendre un lavement : cela a suffi pour me guérir. » Il oubliait la si parfaite correction de ses chirurgiens qui avaient consenti à l'envoyer en France...

Un autre jour, en train d'opérer dans ma maison de santé,

j'apprends qu'un des chirurgiens habituels de cette maison vient d'y entrer pour une crise d'occlusion, qu'on va lui faire un anus artificiel et qu'il demande à me voir. Je m'empresse de me rendre à son désir. Je l'examine sur sa demande formelle, et devant une douleur lombaire marquée et quelques répercussions douloureuses sur la vessie, avec envies fréquentes, je lui déclare qu'il peut se tranquilliser et prendre des calmants, et qu'il rendra sans doute dans quelques jours un calcul, ce qui se vérifia.

Plusieurs fois, j'eus à trancher le même problème, et je n'oubliai jamais le cas de mon maître Tillaux.

Aujourd'hui, dans de tels cas, où existe un doute qui pourrait conduire aux pires résolutions, on sera facilement tiré d'embarras par une radiographie de l'intestin qui ne révélera aucun obstacle, et par des radiographies des régions rénales et uretérales, qui montreront peut-être le calcul, cause de l'occlusion intestinale *réflexe* pour laquelle on se trouve appelé.

EXAMENS RADIOLOGIQUES DE LA CAVITÉ THORACIQUE SYSTÉMATIQUEMENT PRATIQUÉS AVANT TOUTE OPÉRATION.

Depuis 1912, c'est-à-dire depuis vingt-huit ans, avec mon ami Ledoux-Lebard, le chef du service radiologique de la Clinique, nous pratiquons systématiquement, chez tout malade qui doit être opéré, un examen radioscopique du contenu de la cage thoracique : cœur et gros vaisseaux, plèvre, poumons et régions hiliaires, diaphragme et sinus costo-diaphragmatiques.

Cet examen a une grande importance, il attire l'attention sur un point faible, il guide dans le choix de l'anesthésique à employer, et révèle des lésions qui ont pu passer complètement inaperçues, il conduit parfois à la prudence.

Dans les nombreux examens pratiqués ainsi depuis vingt-huit ans par le docteur Ledoux-Lebard, nous avons recueilli bien des notions précieuses. Je ne parle qu'incidemment des lésions tuberculeuses pulmonaires qui ont contraint d'employer une autre anesthésie que l'anesthésie générale, mais je voudrais cependant mettre en relief le fait suivant : pour les opérations d'urgence, ces examens radioscopiques pulmonaires

pré-opératoires ne sont pas pratiqués. Or, trois fois en plusieurs années, des opérés d'urgence qui avaient des lésions pulmonaires méconnues ont vu, à la suite de l'anesthésie générale, leurs lésions présenter de graves poussées aiguës. C'est la preuve par la contre-épreuve.

Voici la note que mon ami Ledoux-Lebard a bien voulu me remettre :

« La première réalisation, en grande série, en France, de la radioscopie systématique du thorax est celle que nous avons réalisée, depuis 1912, en pratiquant la radioscopie pré-opératoire systématique de tous les sujets qui devaient subir une intervention chirurgicale quelconque, aussi bien en ville que dans le service hospitalier de la Salpêtrière.

Notre série d'examens s'est poursuivie sans autre interruption que celle que nous imposa la guerre de 1914-18 et porte aujourd'hui sur plus de vingt-sept mille sujets. Seuls, certains malades amenés pour des interventions d'urgence n'y ont pas été soumis.

Nous avons rappelé à diverses reprises l'intérêt de cette pratique que nous préconisions déjà à une époque où cette notion était si peu répandue, encore que notre première communication suscita une certaine réserve ironique.

En 1938, nous avons exposé, à la tribune de l'Académie de Médecine, les avantages de notre technique au point de vue du dépistage des tuberculeux dans le groupe social particulièrement intéressant que constituent les opérés. Nous avons insisté alors sur le précieux complément d'information et de sécurité que fournit l'adjonction, à la radioscopie, de la radiographie systématique du thorax.

Mais il n'est peut-être pas superflu d'insister à nouveau sur un point particulièrement intéressant et qui n'attire, en général, pas suffisamment l'attention : c'est la possibilité qui nous est ainsi donnée de reconnaître d'avance une série d'affections des organes thoraciques que l'examen clinique ne met pas suffisamment en valeur ou même ignore complètement et qui sont susceptibles cependant d'exercer une influence capitale sur le pronostic et de modifier, parfois entièrement, les indications opératoires.

Rappelons seulement les affections cardiaques ou vasculaires (dilatations aortiques et anévrismes, en particulier), les affections pleurales ou pulmonaires et tout spécialement les tumeurs (surtout métastatiques).

Nous avons pu ainsi, indépendamment des cas se rapportant à la tuberculose, faire des constatations d'importance primordiale dans trois cent soixante-dix-huit cas, soit près de 2 % des sujets opérés.

Cette proportion peut paraître bien faible au premier abord. Mais si l'on veut bien considérer la faible mortalité chirurgicale actuelle, l'on se rendra compte de l'importance et de l'intérêt que présente la possibilité de la réduire de si peu que ce soit au moyen d'un examen simple, inoffensif et indolore et qui devrait faire partie aujourd'hui, au même titre que celui des urines, du temps de saignement, etc., de la routine systématique. »

ANESTHÉSIE ET ANESTHÉSIQUES

Autrefois, chaque chirurgien, on peut dire chaque école, avait son anesthésique préféré ! C'est ainsi qu'à Lyon on donnait toujours l'éther, tandis qu'à Paris, le chloroforme était surtout employé. Cette situation paradoxale a duré plus de quarante ans, et c'est seulement vers 1905 que les chirurgiens parisiens ont commencé à se préoccuper de l'action toxique du chloroforme sur le foie et sur les reins, et à employer l'éther. L'excellent appareil d'Ombrédanne (1904), si commode pour l'anesthésie à l'éther. a été pour beaucoup dans l'évolution des chirurgiens de Paris. Dans les hôpitaux de Paris, comme dans ceux de Lyon, l'anesthésique préféré est par conséquent, à partir de 1905, devenu l'éther. Je me suis laissé dire que quelques chirurgiens parisiens employaient encore le chloroforme ; ils doivent être de plus en plus rares.

La marche vers le progrès ne consiste pas seulement à reconnaître que le chloroforme, toujours toxique et parfois dangereux, doit être abandonné, et le chirurgien qui vous répond : autrefois j'employais le chloroforme, aujourd'hui j'ai adopté l'éther, fait une réponse très critiquable.

Aujourd'hui, tout chirurgien s'efforce d'avoir à sa disposition, et c'est la grande révolution de ces dernières années, toute une gamme d'anesthésiques, et choisit, pour chaque cas particulier, l'anesthésique qui paraît le mieux approprié pour tel malade envisagé et telle opération à pratiquer.

Par exemple, c'est une faute d'employer l'anesthésie générale pour les opérations sur le cou, et surtout pour des suppurations du cou. Donner l'anesthésie générale, pour ouvrir un abcès du plancher de la bouche ou un phlegmon latéro-

pharyngien, c'est faire courir à l'opéré un terrible danger. Je me rappelle le cas d'un chef de clinique du professeur Pinard qui fut opéré, il y a vingt-cinq ans, par un très réputé chirurgien ; on recourut à l'anesthésie générale et le malade succomba pendant l'opération.

Pour les pleurésies purulentes, il en est de même, il ne faut jamais employer l'anesthésie générale. Lorsque j'étais l'assistant du professeur Terrier, j'avais bien recommandé à tous les collaborateurs de ne jamais endormir les malades ayant une pleurésie purulente. Or, une fin de matinée, j'entre dans une des salles d'opération, et je vois ce spectacle toujours si affligeant d'un malheureux auquel on faisait, sans espoir, la respiration artificielle. Il avait une pleurésie purulente, on lui avait administré un anesthésique général et il avait succombé avant même que l'opération ne fût commencée. A cette époque, il faut reconnaître que l'anesthésie locale, à la cocaïne, ne donnait pas les belles insensibilités de maintenant, parce qu'on était prudent sur la dose, mais avec la stovaïne, la novocaïne, on peut tout se permettre. Je me rappelle, à propos de pleurésie purulente, avoir été il y a bien longtemps, opérer près de Paris, à Clermont-sur-Oise, pour le professeur Vaquez, un jeune homme atteint de pleurésie purulente ; je l'opérai à son domicile. J'avais été très ménager de la dose d'anesthésique, et pendant l'opération, il poussa quelques cris que l'on entendit au dehors. Aussi, quand je quittai la maison, les gens de la petite ville ne me jetaient pas des regards bienveillants. Seulement, huit jours après, quand je vins revoir mon opéré, moribond quand j'étais intervenu, et maintenant sauvé, j'étais très fier du résultat, car sans avoir couru aucun risque, mon opéré était sur la voie d'une guérison rapide. Les regards des gens étaient autres.

En somme, on ne doit jamais recourir à l'anesthésie générale pour les opérations sur le cou (même pour les énormes évidements ganglionnaires que les chirurgiens font maintenant si méthodiquement), ni pour les suppurations du cou, ni pour les thyroïdectomies. On ne doit pas non plus y recourir pour les pleurésies purulentes, ni pour une série d'interventions thoraciques que l'on pratique maintenant au cours de la tuberculose pulmonaire et dans lesquelles l'emploi de l'anesthésie par infiltration fait merveille. Le domaine de l'anesthésie locale ne fera que s'étendre.

Nos pères avaient aussi un grand tort : ils n'attachaient pas

assez d'importance à celui qui administrait l'anesthésie, et bien souvent, surtout à l'hôpital, la faisaient donner par des incompétents. C'est un reproche que l'on ne pouvait adresser à mon maître Terrier, car il eut toujours près de lui, à partir de 1885, un anesthésiste, et bientôt, à partir de 1898, deux anesthésistes de carrière. Actuellement de grands progrès ont été réalisés dans notre pays, mais il reste encore beaucoup à faire.

L'anesthésie ne peut progresser que grâce aux découvertes de la chimie et de la physiologie. Tout corps nouveau, capable de produire ou l'anesthésie générale ou l'anesthésie locale, est systématiquement étudié, essayé, critiqué, adopté ou rejeté par les chirurgiens. L'importance que l'on accorde maintenant à l'anesthésie est telle qu'il y a des sociétés d'anesthésie, des journaux d'anesthésie. En France, la Société d'Anesthésie a été fondée en 1934 sous l'impulsion de Robert Monod, et j'ai l'honneur d'en être le président depuis sa fondation. Un an après, Léon Binet, E. Desmarest, Emile Forgue, E. Fourneau, Pierre Fredet, A. Hautant, Robert Monod, M. Tiffeneau, M. Thalheimer, G. Jacquot ont fondé avec moi « *Le Journal d'Anesthésie et d'Analgésie* ». Ces deux faits, la société et le journal, montrent bien que les questions d'anesthésie préoccupent maintenant au plus haut point les chirurgiens de notre pays.

Autrefois, c'était le règne de l'anesthésie à produit unique, sans association. Le produit choisi devait à lui seul provoquer l'anesthésie du début à la fin de l'opération. On commença vers 1900, à obtenir de meilleures anesthésies en pratiquant, un certain temps avant l'opération, une injection de morphine, ou de pantopon, ou de scopolamine, ou encore un lavement de chloral, pour mettre le futur opéré en meilleur état de réceptivité en présence de l'anesthésique général qui avait été choisi.

Il a été facile de constater deux faits fondamentaux. Une telle méthode offrait de nombreux avantages : suppression de toute anxiété, suppression des réflexes du début de l'anesthésie qui pouvaient être très dangereux (on en a vu de mortels) et, en second lieu, les effets anesthésiants des produits employés s'additionnaient, sans qu'il en fût de même pour la toxicité.

A défaut d'un anesthésique absolument parfait dont la formule reste encore à trouver, il a semblé intéressant d'associer entre eux les narcotiques et les anesthésiques de façon à corri-

ger leurs défauts particuliers, tout en additionnant leurs effets utiles.

Naguère, on a surtout mélangé entre eux les anesthésiques tels que l'éther, le chloroforme et le chlorure d'éthyle (mélange de Schleich) ; actuellement, il semble souvent plus intéressant d'associer les hypnotiques de base (rectanol, chloral, etc.) à des vapeurs, et surtout à des gaz tels que le protoxyde d'azote et le cyclopropane, qui est digne d'un très grand intérêt.

Le sens de ces associations anesthésiques variera d'ailleurs suivant l'effet cherché. Si l'on désire surtout éviter la crainte du masque et épargner l'émotivité du malade, on s'adressera surtout aux hypnotiques qui assoupissent le patient dans son lit (rectanol ou parfois évipan) ; si l'on désire surtout ménager les reins, le poumon ou le foie, c'est le cyclopropane qui donnera les meilleurs résultats. Enfin, pour obtenir une analgésie de base et un grand calme cérébral en vue d'une anesthésie locale, c'est aux opiacés (sédol, pantopon) qu'on s'adressera de préférence.

Par ces quelques exemples, on voit qu'il existe tout un art des mélanges et des associations narcotiques dont il appartient au chirurgien et à son anesthésiste d'apprécier les ressources en vue de l'opération projetée.

Les étapes les plus récentes sont les suivantes : le développement et le contrôle des *rachianesthésies* par les solutions hypobases (méthode de Jones, Seebrecht, Kirschner) ; — l'application de nouveaux *gaz anesthésiques* (éthylène, cyclopropane) et plus encore le perfectionnement des anesthésies en circuit fermé et sous pression (baronarcose) ; — l'emploi des *anesthésiques de base* (barbituriques, rectanol) ; — la découverte des *anesthésiques intraveineux* (évipan), tant pour les anesthésies brèves que pour les anesthésies prolongées (Jentzer).

SOINS POST-OPÉRATOIRES

Plus la chirurgie ose élargir son horizon et s'attaquer à des organes essentiels (poumons, cerveau, cœur), plus la nécessité de soins post-opératoires *parfaits* s'impose impérieusement et réclame un personnel d'élite, veillant constamment près des opérés et ayant reçu, non pas seulement des notions générales, mais une instruction *particulière*, un entraînement qui fasse de nos soignantes de véritables collaboratrices.

Dans les opérations sur le cerveau, sur le poumon, la présence d'esprit, l'étendue des notions thérapeutiques détenues par nos collaboratrices permettront de sauver des opérés, au même titre qu'une vie humaine est sauvée, dans un accès d'œdème pulmonaire, par exemple, grâce à une saignée faite à temps et avec dextérité.

C'est le chirurgien lui-même qui doit, dans des conversations, dans de petites conférences et surtout en prêchant d'exemple, instruire son personnel et finalement placer près de ses opérés, aussi bien la nuit que le jour, des infirmières capables de parer au plus pressé. Nous savons aujourd'hui, que l'on peut, grâce à des injections d'atropine, avoir, parfois, une influence très heureuse sur l'évolution du syndrome embolie — je dis syndrome, car très souvent, il n'y a pas embolie — et nous avons le devoir, dans chacune des salles de nos services, de mettre nos surveillantes au courant de ces faits, de les munir d'un matériel toujours prêt à servir, en attendant que le médecin de garde puisse arriver.

Une infiltration de novocaïne au niveau du ganglion étoilé (ce renflement nerveux situé sur la chaîne du nerf grand sympathique, à la base du cou) peut arrêter une crise d'angine de

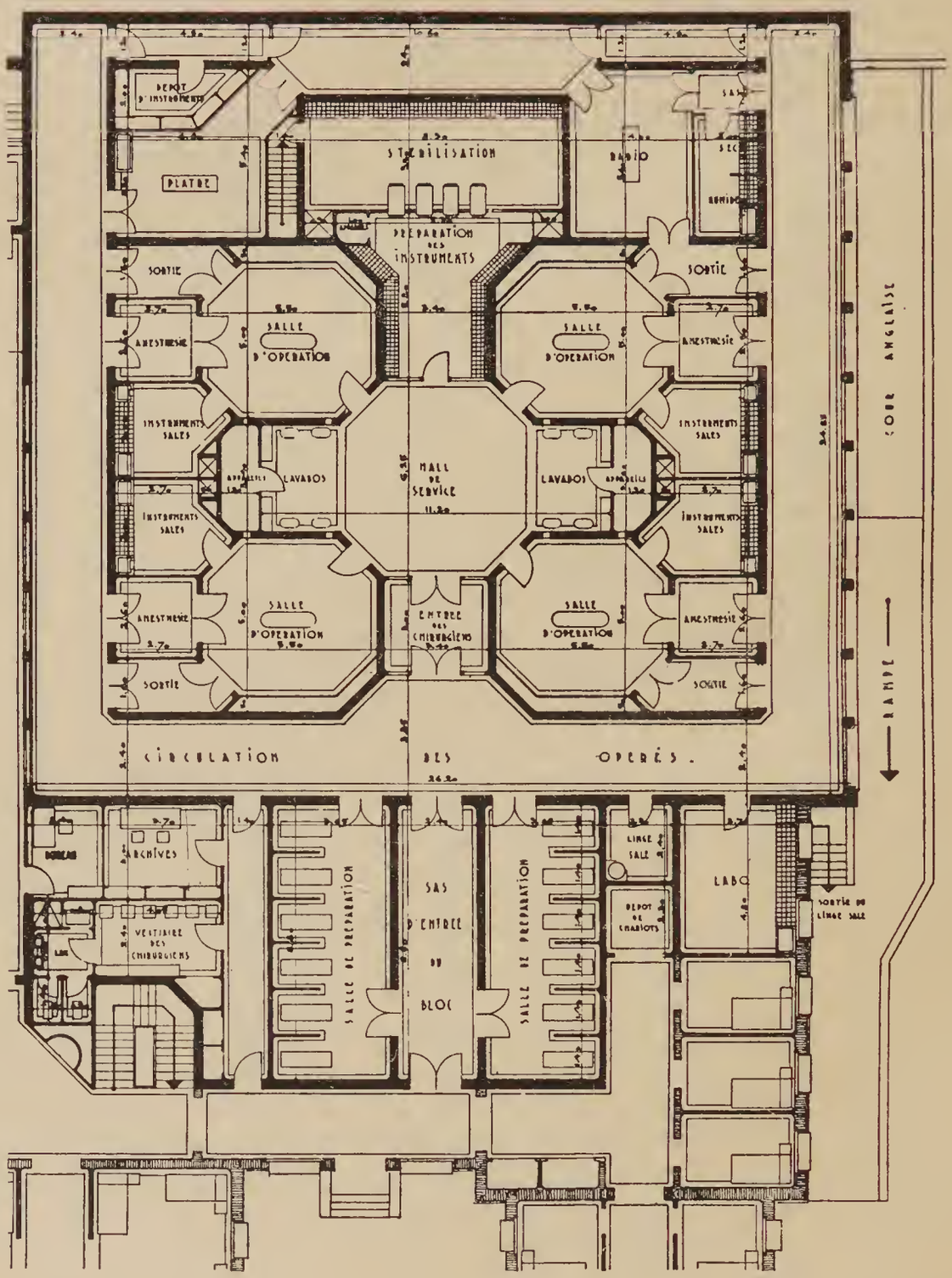
UNE OPÉRATION, A LA CLINIQUE CHIRURGICALE
DE LA SALPÊTRIÈRE, EN 1941

HOSPICE DE LA SALPETRIERE

CLINIQUE CHIRURGICALE DE MONSIEUR LE PROFESSEUR GOSSET

QUATRIEME ÉTAPE

PLAN DU REZ-DE-CHAUSSÉE



DRESSÉ PAR L'ARCHITECTE SOUSSIGNÉ . MARS 1941.

PROJET DE BLOC OPÉRATOIRE ASEPTIQUE
A QUATRE SALLES D'OPÉRATION.

poitrine ou de tachycardie paroxystique qui aurait peut-être emporté le malade. Un de mes internes vient de sauver ainsi la vie à une opérée, il y a seulement quelques jours. Il est appelé d'urgence près de cette malade très âgée qui présentait tous les signes d'une embolie pulmonaire. Il fait, à la novocaïne, une infiltration du ganglion étoilé gauche, avec peu de succès, le pouls restant incomptable. Il pratique alors une infiltration du ganglion étoilé droit et, immédiatement, le pouls prend un rythme normal, la respiration devient plus aisée, on assiste à une véritable résurrection.

Après toute opération, on pourra, grâce à des données scientifiques, combattre les accidents qui, malgré une opération bien conduite, pourraient faire succomber l'opéré. Par exemple, après certaines interventions pour occlusion intestinale, réduites cependant aux manœuvres les plus simples, on est frappé de voir que quelques opérés succombent rapidement avec des phénomènes d'intoxication. Dans des recherches aujourd'hui classiques, entreprises par Léon Binet, D. Petit-Dutaillis et par moi-même, nous avons pu démontrer que ces phénomènes toxiques cédaient à des injections intra-veineuses de solution hypertonique de chlorure de sodium, et ainsi a été mise au point une méthode thérapeutique que tous les chirurgiens ont maintenant adoptée, et qui a été, en outre, le point de départ de recherches scientifiques très importantes.

A l'origine de nos recherches sur le sérum salé hypertonique se placent les expériences de Haden et Orr, et les faits cliniques de Coleman : alors que des chiens mis en occlusion intestinale au moyen d'une ficelle fortement serrée autour de l'intestin, meurent tous en moyenne en quatre jours, on obtient chez les animaux traités par le chlorure de sodium, des survies qui peuvent aller jusqu'à vingt-huit et trente jours.

L'observation du premier malade que j'ai ainsi traité a la valeur d'une expérience : il s'agissait d'un homme de cinquante-quatre ans, opéré, dans un état très grave, d'une occlusion aiguë de l'intestin grêle par bride. Trois jours après l'opération, l'issue fatale semble imminente : malade inconscient, présentant du refroidissement des extrémités. Une demi-heure après une injection intra-veineuse de dix centimètres cubes de solution à 10 % de chlorure de sodium, on assiste à une véritable résurrection. Les vomissements cessent, le pouls devient régulier, le malade reprend connaissance. Trois heures plus tard, les mêmes accidents réapparaissent,

mais une nouvelle injection intra-veineuse les jugule comme la première fois. Aussi, répète-t-on systématiquement ces injections toutes les trois heures, le malade absorbant au total quatorze grammes de chlorure de sodium par jour. Guérison.

Cette observation princeps date de 1928. A la suite de notre travail, de nombreux cas furent publiés. Ils ne firent que confirmer nos recherches.

On peut dire que, par la rapidité de son action, il n'est pas de méthode thérapeutique qui surprenne autant que celle-ci. Il faut avoir vu de tels malades, au seuil de l'agonie, en plein coma, se réveiller de leur torpeur quelques minutes après la première injection intraveineuse, pour être entièrement convaincu de l'efficacité extraordinaire de ce traitement, qui, admis aujourd'hui par tous, a permis de sauver de nombreuses existences.

DILATATION AIGUË POST-OPÉRATOIRE DE L'ESTOMAC

Tous les chirurgiens connaissent, surtout depuis la revue de Paul Lecène (*Journal de Chirurgie*, Paris, 1908, page 781) cette complication grave que l'on voit survenir chez certains opérés. On entend par dilatation aiguë post-opératoire de l'estomac (il serait plus exact de dire du duodénum) des phénomènes de rétention gastrique à marche aiguë, qui surviennent deux ou trois jours après une opération abdominale, ou même extra-abdominale (une simple néphropexie) et constituent une *occlusion haute* du tube digestif, avec les graves phénomènes d'intoxication que de telles occlusions entraînent.

Cette complication ne devient vraiment grave que si le chirurgien, n'étant pas averti, recourt trop tard à la manœuvre si simple qui la fait céder.

Le siège de l'occlusion est sur le duodénum, au niveau de la troisième portion, au point précis du croisement de l'artère mésentérique. Par suite de la traction exercée par le poids de la masse intestinale sur son attache supérieure, l'artère mésentérique s'applique intimement sur le duodénum qui se trouve ainsi obstrué.

Les lavages d'estomac sont souvent insuffisants, car la sonde

n'arrive plus à atteindre le niveau du liquide dans de tels estomacs si distendus et si abaissés.

Connaissant la pathogénie de cette grave complication, il est facile d'imaginer le traitement. Il suffit, simplement, en effet, pour faire cesser immédiatement les vomissements et assister à une véritable résurrection (si l'on n'intervient pas trop tard), de mettre le malade *couché sur le ventre.*

Les premières observations sont de Kundrat (1891) et de Schnitzler (1895).

L'observation de Landau est démonstrative. Au sixième jour d'une hystérectomie supravaginale pour fibrome, on porte enfin le diagnostic d'occlusion duodénale, et avant de réintervenir, on essaye le decubitus ventral conseillé par Schnitzler ; les vomissements cessent, et la guérison se poursuit miraculeusement.

Avec un tel moyen aussi simple — mais il faut le connaître — des vies humaines peuvent être sauvées.

CE QU'EST UN SERVICE DE CHIRURGIE

Un service de chirurgie est une sorte d'usine où viennent se faire soigner, se faire réparer si l'on veut, tous ceux que certaines affections ont atteints : traumatismes, inflammations, tumeurs, vices de développement, etc. Il doit être organisé : 1° pour que tous les examens capables de faire découvrir l'organe lésé et la nature de la lésion puissent être pratiqués suivant les méthodes les plus précises ; 2° pour que, au moment le meilleur, soit exécutée, par des gens compétents, l'opération nécessaire ; 3° pour que les soins post-opératoires soient réglés de la manière la plus parfaite ; 4° enfin, pour que des documents scientifiques soient recueillis, assemblés et publiés, de façon à aider aux progrès de la science chirurgicale.

Pour faire comprendre comment ce programme peut être réalisé, le plus simple me paraît de décrire l'organisation chirurgicale que j'ai pu réaliser à la Salpêtrière, et que je dirige depuis vingt-sept ans. Je n'ai pas atteint mon idéal, mais toujours tendu vers lui, j'ai réalisé un ensemble que beaucoup de chirurgiens français et étrangers ont bien voulu apprécier.

Ce n'est pas la première fois que je donne la description de la clinique chirurgicale de la Salpêtrière, mais comme, chaque année, depuis vingt ans, de grands perfectionnements y sont apportés, cette nouvelle description n'est pas une simple répétition.

MON SERVICE DE LA SALPÊTRIÈRE.

Je suis à la tête, depuis 1912, du beau service chirurgical de la Salpêtrière, service dirigé avant moi par le professeur Paul

Segond et transformé, en 1920, en Clinique chirurgicale de la Faculté. Quand je l'ai pris, il était loin d'être aussi important. J'ai passé vingt ans à le transformer, à l'agrandir, en y mettant toute l'énergie, toute la ténacité et tout l'esprit de persuasion dont je suis capable, sans m'être jamais impatienté un seul instant, car j'avais la foi dans la réussite et j'avais raison, puisque j'ai réussi.

Après avoir franchi la porte d'entrée monumentale de la Salpêtrière, et traversé une cour majestueuse aux superbes parterres de fleurs toujours parfaitement entretenus, on arrive. par un second porche passant sous le pavillon Lassay, à de nouveaux jardins fleuris, puis à une allée d'arbres centenaires qui mène jusqu'à la Clinique.

Dans le vestibule d'entrée de la Clinique, où donnent mon bureau particulier, celui de mes assistants, celui du chef du service de la radiologie et une salle d'attente pour les malades qui désirent spécialement nous voir, au milieu même de ce vestibule, une infirmière se tient en permanence, dans un bureau complètement vitré. C'est un dispositif de grande utilité, car le rôle de cette infirmière est de recevoir les visiteurs et de leur indiquer un grand vestiaire tout proche parfaitement organisé pour une centaine de personnes, où l'on revêt blouses et bottes de toile.

Ainsi, ceux qui pénètrent dans le service ne se trouvent pas dépaysés, comme cela se produit dans tant de services hospitaliers, aussi bien en France qu'à l'étranger. Les visiteurs sentent qu'on est désireux de faciliter leur visite, et de leur éviter toute perte de temps.

Dans sa cage de verre, l'infirmière a, assemblés autour d'elle, tous les appareils téléphoniques pour les liaisons, soit avec les différentes parties de mon service, soit avec tous les organismes de la Salpêtrière (hôpital qui compte cinq mille lits), soit avec l'extérieur.

De ce pavillon central, où est le vestibule d'entrée, un escalier à double révolution conduit directement à la bibliothèque qui est au premier étage et à la salle des conférences qui est au second étage. Il est logique que bibliothèque et salle des conférences soient logées dans ce pavillon central et ainsi très facilement accessibles aux visiteurs qui viennent s'instruire, sans être obligés de pénétrer dans l'intimité du service. Quand ils ont entendu une conférence ou consulté un périodique, ils peuvent repartir rapidement, sans avoir troublé, par leurs

allées et venues, les malades qui reposent dans les salles. C'est là, près de l'entrée et pas ailleurs, que devaient être logées la bibliothèque (c'est la bibliothèque Terrier) et la salle des conférences, et j'ai travaillé avec l'architecte, M. Prudhomme, pour les situer dans l'endroit optimum.

La bibliothèque compte plus de trois mille volumes. La salle des conférences peut contenir cent auditeurs.

SALLES DES MALADES.

Le service est divisé en salles, chaque salle comptant une trentaine de lits. A la tête de chaque salle, un assistant déjà très expérimenté (quarante ans et plus), un assistant plus jeune (vingt-cinq ans) et une surveillante de choix.

La moitié des lits, dans chaque salle, est en chambres et l'autre moitié en deux petites salles de huit lits.

J'ai estimé de tout temps, et les années n'ont fait qu'affermir ma conviction à laquelle je tiens maintenant plus que jamais, qu'un service de chirurgie, en tout cas un service de clinique, qui a pour mission d'enseigner et de publier, doit compter un nombre important de lits, trois cents au minimum.

Si l'on veut bien réfléchir aux annexes indispensables à un service chirurgical complet, annexes qu'il doit posséder en propre, sans aucun partage, avec les services voisins, on ne peut penser différemment, et il devrait être inutile — cela ne paraît malheureusement pas l'être — d'insister sur ce point.

Un service de chirurgie, pour fonctionner convenablement, doit avoir de nombreux *assistants* de chirurgie, des *attachés* médicaux, des *anesthésistes* spécialisés, un service complet de *radiologie*, de *bactériologie*, d'*hématologie*, des *laboratoires expérimentaux*, un *service de photographie*, de nombreux *assistants de consultations*. Or, il y a impossibilité à doter une série de petits services d'un personnel aussi sélectionné et d'organismes aussi compliqués. Il y a, de toute évidence, intérêt à grouper, autour des deux centres qui constituent les organes vitaux de tout service (le *Bloc opératoire* et le *Pavillon* des *laboratoires*), un grand nombre de lits.

BLOC OPÉRATOIRE.

Le premier, je crois, en France, dans l'hôpital privé de la rue Antoine-Chantin, j'ai fait construire des salles d'opération jumelées, ce qui permet, pendant que l'on opère dans l'une des salles, de faire préparer, dans l'autre, l'opéré qui va suivre et de n'avoir ainsi aucune perte de temps *entre* deux opérations.

Cette organisation de salles jumelées a été, depuis cette époque, utilisée dans notre pays par tous les chirurgiens ; elle fait gagner un temps très appréciable, en supprimant ce qu'on pourrait appeler les *entr'actes*. S'il y a sept ou huit opérations à pratiquer dans la matinée, on gagnera, grâce à cette organisation, autant de fois les cinq à dix minutes qui seraient perdues entre deux opérations, et l'on économisera ainsi, chaque matin, un temps précieux.

Avoir à sa disposition deux salles d'opération accouplées comporte d'autres avantages qui doivent être pris en considération. Tout malade allant être opéré pénètre dans une salle dont l'air a pu être renouvelé, qui est parfaitement nettoyée, où tout a été préparé d'avance, comme s'il devait être l'unique opéré de la journée.

Dans mon service de la Salpêtrière, j'ai estimé que deux salles d'opération édifiées côte à côte ne suffiraient pas, et j'ai actuellement quatre *salles*, toutes pour les opérations aseptiques, réservant à l'autre extrémité du service, une dernière salle pour les opérations très septiques. La séparation des opérations en septiques et aseptiques n'est pas aussi simple qu'on pourrait le croire. Dans quelle catégorie ranger une salpingite, un abcès appendiculaire que vous découvrez seulement au cours de l'opération ? Evidemment, une pleurésie purulente, une gangrène du pied, un abcès sous-phrénique doivent être opérés dans la salle septique. Enfin, la stérilisation des salles d'opération n'a pas été inventée sans raison, et j'y attache naturellement la plus grande importance. Elle permet de rendre aseptique une salle qui a été contaminée.

Des quatre salles d'opération aseptiques de ma clinique, deux sont organisées pour le travail jumelé, une autre est réservée aux opérations de neuro-chirurgie que pratique mon

assistant, le docteur Petit-Dutaillis. La quatrième est surtout employée pour les opérations qui demandent un contrôle radiologique, fractures, enchevillement du col fémoral, contrôle des opérations sur le rein et sur les voies biliaires.

Chaque salle de malades possède, outre les annexes habituelles (cabinet de la surveillante, office, lavabos, w.-c.), une salle pour les pansements et les examens, en sorte que pansements et examens soient toujours pratiqués hors la vue des autres malades : c'est là un point auquel il faut tenir essentiellement. Nous ne nous servons pas assez, en France, des lits roulants qui sont si pratiques pour le transfert aux salles d'opération et même à la salle des conférences, et si nous n'employons pas assez ce mode de transport si commode, c'est par manque d'habitude, et aussi parce que nos architectes font toujours des portes trop élevées, ce qui est inutile, mais jamais assez larges, ce qui permettrait justement de sortir facilement les lits et de les manœuvrer.

Nous venons de voir que toute salle de malades compte un certain nombre de chambres séparées, à un lit et à deux lits. Beaucoup de nos malades d'hôpital préfèrent les chambres à deux lits. Si ces salles sont peintes en bleu, couleur plus reposante pour les opérés que le blanc habituellement employé, si l'on a soin de mettre des portes en bois naturel, simplement verni, on obtient un ensemble très agréable, très net, disposé très favorablement aussi bien pour les malades qui attendent l'opération dans les petites salles communes, que pour ceux qui ont été opérés et qui sont mis plus spécialement dans les chambres. L'ensemble donne un peu l'impression d'un beau paquebot.

Description des salles d'opération. — Les salles d'opération ont les dimensions suivantes : longueur, huit mètres, largeur, six mètres, hauteur, cinq mètres. Les salles modernes, avec spectateurs regardant à travers un plafond vitré, doivent être moins larges et moins hautes, à la condition que l'air soit climatisé : cinq mètres sur six, et comme hauteur deux mètres cinquante à trois mètres.

Depuis l'emploi des lampes scyalitiques, la question de l'orientation des salles et des baies a perdu beaucoup de son intérêt, puisque les chirurgiens, habitués à l'éclairage intensif des nouvelles lampes, ne peuvent plus opérer à la simple lumière du jour. Si vous continuez à avoir des baies vitrées — et c'est inutile — alors orientez-les au nord, et faites-les

disposer en baie verticale et plafond vitré horizontal, reliés l'un à l'autre par un pan coupé vitré, comme dans les ateliers de sculpture. Mais le véritable éclairage, c'est la lampe scyalitique avec, précaution à recommander, une batterie d'accumulateurs de secours, à rechargement automatique pendant le jour. Un conseil : assurez-vous assez fréquemment que cet éclairage de secours fonctionne bien, car le jour où vous en auriez besoin, vous pourriez avoir des surprises.

Que vos salles d'opération soient dallées aussi bien sur le sol que sur les murs, et que la couleur employée soit, non pas la couleur blanche, mais le vert ou le bleu, avec des reflets doux, teintes beaucoup moins fatigantes pour les yeux.

Dans *chaque* salle d'opération, une prise de force électrique, un appareil pour bistouri électrique et pour thermo-coagulation, un aspirateur électrique. Dans les opérations sur l'estomac, sur les voies biliaires, l'aspiration électrique est irremplaçable.

Pour les détails des tables opératoires, des boîtes d'instruments, de la stérilisation, je renvoie le lecteur que cela pourrait intéresser aux descriptions, avec nombreuses figures que j'ai données dans des publications spéciales.

Les quatre salles d'opération de mon service, qui datent déjà d'une quinzaine d'années, vont être démolies dans quelques semaines et remplacées par d'autres, encore mieux organisées. Quand ces nouvelles salles d'opération seront construites, je m'empresserai d'en donner une description dans un journal spécial. Le plan sommaire en est représenté à la planche XVI.

COMMENT SE DÉROULE UNE OPÉRATION

Avant tout, la plus grande discipline, le plus grand silence. Partout, l'ordre et le calme, le recueillement comme pour un office religieux, car il s'agit d'un travail sacré, le travail sur la chair humaine.

Tout doit être minutieusement organisé, pour que chacun sache bien exactement ce qu'il aura à faire, et le fasse, sans flottement, sans hésitation, avec précision, au moment fixé d'avance.

Le chirurgien et son aide (rarement il faut deux aides, et

moins il y a de mains sur le champ opératoire, mieux cela vaut) le chirurgien et son aide se sont lavé les mains, avec une brosse stérilisée et du savon liquide stérilisé, sous un jet d'eau tiède stérilisée, dans une pièce consacrée à ces préparatifs. Ce lavage des mains est maintenant très simplifié, grâce à l'usage *universel* des gants de caoutchouc.

Ce à quoi un chirurgien doit veiller avant toute chose, c'est ne pas contaminer ses mains. Pour arriver à cet idéal, il ne doit jamais toucher des pansements souillés ou du pus. Cela était assez difficile autrefois, mais cependant réalisable, si l'on avait soin de faire les pansements à « bout de pinces ». C'est très facile à réaliser aujourd'hui, grâce aux gants de caoutchouc.

Après le brossage et le lavage des mains, le chirurgien et son aide passent dans une pièce d'habillage, où ils chaussent des bottes spéciales (en caoutchouc ou en grosse toile) et où ils revêtent des vêtements stérilisés (toque, couvre-bouche, bavette et manches) et des gants de caoutchouc. Un simple détail : il est facile de stériliser les gants de caoutchouc à la vapeur sous pression, entre 120° et 130°, mais une paire de gants ne peut « résister » qu'à deux ou trois stérilisations. Or, comme le chirurgien et son aide doivent changer de gants au cours d'une même opération, cela représente au minimum quatre paires de gants, quelquefois six pour chaque opération. Dernier détail : une paire de gants de caoutchouc coûte actuellement au moins une vingtaine de francs.

Quand le chirurgien et son aide, gantés, revêtus de toile stérilisée, entrent dans la salle d'opération, tout est prêt pour l'opération elle-même. Le malade, endormi par un anesthésiste professionnel dans une pièce spéciale (aux parois peintes de préférence en bleu), est posé sur la table d'opération, dans l'attitude la meilleure pour l'opération projetée. Les boîtes de champs de toile stérilisés, les compresses de gaze stérilisées, les instruments rangés sur les plateaux métalliques stérilisés et dans un ordre toujours le même pour qu'ils puissent être facilement saisis, sans avoir besoin de les chercher, tout est à portée du chirurgien.

Pendant qu'un badigeonnage à la teinture d'iode est appliqué sur la peau de la région à opérer, en débordant largement sur les parties voisines et que de grands champs de toile à plusieurs épaisseurs isolent du reste du corps le *foyer* où va être pratiquée l'opération, un « lecteur » donne la relation

de l'observation du malade, les résultats des analyses, les particularités à signaler, en même temps que les radiographies sont exposées au négatoscope.

L'opération se déroule alors sans hâte, sans tenir compte du temps écoulé, sans faux temps, sans aucune impatience quoi qu'il arrive, sans une parole, comme une pièce bien réglée.

Ceux qui n'ont jamais assisté à une opération, ne peuvent concevoir la notion de beauté, de grandeur qui s'en dégage, en même temps qu'un sentiment de sécurité.

Dans l'autre salle d'opération jumelée, les mêmes apprêts sont réalisés pour une autre opération, et le chirurgien, changeant de gants, passe ainsi d'une salle à l'autre, en réalisant une besogne qui l'égale aux plus grands, puisqu'il travaille dans un but admirable, sur la chair humaine, pour redonner la vie et la santé !

L'impression que l'on doit éprouver, en voyant le chariot qui remporte l'opéré vers son lit bien chauffé, dans la chambre où il sera isolé pendant quelques jours, est que cet opéré ne peut pas ne pas guérir.

Après l'opération, avoir soin, sans y manquer jamais, de dicter les lésions qui ont été trouvées, l'opération qui a été nécessaire, les imprévus qui se sont présentés.

Ne pas oublier, dans les jours qui suivent, de faire noter, sur la feuille de température, tout ce qui peut se produire et vous aurez ainsi, pour vos malades, de bonnes observations complètes et utilisables.

Lorsque, au cours des matinées où je n'opère pas moi-même, parcourant les quatre salles où mes assistants travaillent, je vois faire, dans l'une, une opération sur la moelle ou le cerveau, dans l'autre, une opération abdomino-périnéale pour cancer du rectum, dans la troisième, une ablation d'estomac et, dans la dernière, une délicate opération sur les os, je vous assure qu'aucun chirurgien n'est plus heureux que moi. Partout, je constate un travail méthodique, fini, soigné, non traumatisant, au milieu du calme et du silence, avec, dans chaque salle, des panseuses vraiment parfaites, et quand je songe — ai-je tort, ai-je raison ? — que j'y suis peut-être, tout de même, pour quelque chose, j'éprouve une satisfaction infinie, et je me demande, avec un peu d'orgueil — j'ai pris l'engagement de tout dire — s'il y a, dans Paris, beau-

coup de services où l'on pourrait contempler si magnifique spectacle.

Car si j'ai créé l'instrument, j'ai aussi créé les hommes, ou du moins je leur ai permis de donner leur mesure, et tout est là pour un maître : savoir choisir ses collaborateurs, leur inculquer, quand ils sont jeunes, une méthode et les laisser ensuite développer leur personnalité !

Si l'on veut faire, en effet, de bons chirurgiens, il faut donner aux « apprentis » une méthode simple, sûre, permettant d'opérer avec un minimum de risques.

Si l'élève qui a fini par faire sienne une telle méthode ne possède que peu de dispositions naturelles, il comptera, malgré cela, d'excellents résultats opératoires. S'il a des dons naturels, s'il les a cultivés par un travail acharné, s'il a consacré des années aux études d'anatomie et de biologie, s'il a vu beaucoup de malades et acquis du sens clinique, vous aurez alors la joie inestimable, la plus grande qu'il puisse y avoir pour un chirurgien éducateur, d'avoir contribué au développement d'un grand talent.

J'ai bien souvent, entendu des collègues se plaindre du peu de reconnaissance des opérés et parfois même, de leur ingratitude. Je ne partage pas cette manière de voir, car, sauf exception, les opérés se souviennent avec joie et reconnaissance du chirurgien qui les a soignés et qui, à leurs yeux, est toujours le meilleur. Petite vanité qu'il est bon de leur passer. Ils attribuent même volontiers à « leur » chirurgien, des titres fantaisistes et chaque chirurgien est, au moins, professeur. Or il n'y a pas, en tout et pour tout, à Paris, une dizaine de professeurs de chirurgie, mais il est préférable de ne pas le révéler, car trop de gens en seraient attristés.

Il est du reste impossible, pour un opéré, d'estimer avec équité le service qui lui a été rendu. Pendant l'opération, il n'a rien vu, il dormait. De l'acte opératoire, il ne conserve comme gage que l'aspect de la cicatrice. Ce qui s'est passé à l'intérieur, le drame qui s'y est joué, il l'ignore. Il ne voit de la pièce que le rideau, c'est-à-dire la suture cutanée. Comment pourrait-il apprécier ? La famille ? pendant que l'on opère un enfant, elle est dans une autre chambre, toutes portes closes. Et, malgré tout ce mystère indispensable, les opérés

parlent presque toujours, même après de longues années, avec une grande reconnaissance, de leur chirurgien qu'ils n'ont vu cependant qu'en dehors de ses fonctions.

Je connais un certain nombre de familles dans lesquelles j'ai opéré, en quarante ans, quatre générations. Quelle confiance !

J'ai dit plus haut que l'on peut comparer un chirurgien à un artiste, à un grand chanteur qui court le risque de ne rien laisser après lui. En vérité, le chirurgien est encore plus désavantagé que le chanteur, car celui-ci, au moins, on l'entend, tandis que le chirurgien, personne, sauf ses collègues en médecine et en chirurgie, ne le voit opérer. On le juge sur des données, son caractère, ses paroles, son aspect, son exactitude, qui n'ont rien à voir avec les actes qu'il accomplit, données qu'il lui est, du reste, loisible de modifier. J'ai connu des chirurgiens dont toute la carrière s'est accomplie, non dans les salles d'opération, mais, chaque soir de l'année, dans les dîners et au théâtre. Ces chirurgiens ne connaissaient sans doute pas, ou peut-être le connaissaient-ils trop bien le précepte que tout homme de l'art doit respecter, s'il veut lui-même que les incompétents respectent notre carrière : « au cours d'un dîner, ne jamais parler chirurgie, et surtout chirurgiens ».

LES LABORATOIRES DE MA CLINIQUE

J'ai pu, au point de vue des laboratoires, réaliser ce que j'avais rêvé : un pavillon pas trop éloigné des salles d'opération et de la salle des conférences, où tous les laboratoires sont groupés, ce qui permet aux différents chercheurs de s'entr'aider et de collaborer.

Chaque laboratoire comprend deux pièces : l'une plus petite, consacrée au chef de laboratoire lui-même, et qui est son laboratoire particulier, où il travaille en paix et se livre à des recherches personnelles ; l'autre, plus grande, sert au personnel chargé du travail courant, et aux travailleurs qui veulent bien venir, dans mon service, chercher un enseigne-

ment spécialisé. Le but de chaque laboratoire est naturellement double : d'abord et avant tout, les analyses pré et post-opératoires, indispensables pour une saine chirurgie, et ensuite les recherches de science pure.

Les laboratoires sont au nombre de six : anatomie pathologique, chimie, bactériologie, chirurgie expérimentale, photographie, et enfin un laboratoire très spécial et qui pourrait étonner dans un service de chirurgie, un laboratoire de biologie végétale.

Les laboratoires d'anatomie pathologique ont, à leur tête, le docteur Ivan Bertrand, mon ami, mon fidèle collaborateur, dont le nom est connu de tous les anatomo-pathologistes du monde et qui est aussi le collaborateur de mon collègue de médecine, le professeur Guillain. C'est grâce à sa présence que nous avons pu, Guillain et moi, demander au Conseil de la Faculté, qui nous l'a accordée, la création d'un Institut de neuro-biologie qui fonctionne depuis six ans, à l'exemple de ce que l'on a vu en Hollande pour la première fois, chez le professeur Brouwer. Les trois directeurs de cet Institut de neuro-biologie sont : le titulaire de la clinique médicale neurologique de la Salpêtrière (actuellement le professeur Guillain) ; le titulaire de la clinique chirurgicale de la Salpêtrière (actuellement le professeur A. Gosset) ; le directeur scientifique des laboratoires (actuellement Ivan Bertrand). Cette sorte de conseil, sous la présidence du Doyen de la Faculté, se complète par un quatrième membre, le chirurgien neurologue. Actuellement, c'est le docteur Petit-Dutaillis, agrégé de la Faculté, qui est chargé de ces fonctions. Il y a là un groupement très utile, comme il serait souhaitable d'en voir d'autres, et qui est organisé pour pouvoir travailler et publier.

Sous l'impulsion du docteur Ivan Bertrand, un laboratoire nouveau a été annexé à ceux qui existaient déjà, c'est le laboratoire pour les électro-encéphalogrammes. On sait que l'on peut enregistrer les potentiels cérébraux au moyen d'appareils amplificateurs à grande puissance. Grâce à une installation tout à fait satisfaisante, Ivan Bertrand, aidé de Madame Godet-Guillain et du docteur Grüner, peut enregistrer les encéphalogrammes de sujets sains et de malades, et il est en train de faire, dans ce domaine inconnu, des recherches qui paraissent de la plus haute valeur. Tout un monde nouveau est à explorer.

Le *laboratoire d'hématologie*, dirigé par mon ami le doc-

teur Rouché est consacré aux recherches sur le sang et à la transfusion. Son importance dans un service de chirurgie n'a pas besoin d'être démontrée. Dans ce laboratoire a travaillé, pendant quelques années, le docteur Hauduroy, aujourd'hui professeur à l'Université de Lausanne, qui a pu mener à bien d'importantes recherches sur la stérilisation en chirurgie et l'organisation des groupes opératoires en collaboration avec Jean Gosset.

Le *laboratoire de chimie*, dirigé par Madame Delauney, docteur ès-sciences, élève de Gabriel Bertrand, est indispensable à tout service de chirurgie. D'intéressantes recherches, en particulier sur le glutathion, y ont été faites.

LABORATOIRE DE BIOLOGIE VÉGÉTALE

Enfin, j'ai tenu à ce qu'il y eût, dans mon service, un laboratoire consacré à la biologie végétale.

Les problèmes qui se posent aux pathologistes apparaissent de plus en plus comme des cas particuliers de questions biologiques d'ordre général. Tel est, au premier rang, le problème du cancer, qui ne semble devoir être résolu que par la connaissance des lois biologiques de la division cellulaire. Aussi, ai-je estimé qu'il n'était pas anormal qu'un service chirurgical moderne pût comporter, à côté des laboratoires consacrés à l'étude biologique, chimique et bactériologique des maladies humaines, un laboratoire où les questions de pathologie, et notamment le problème du cancer, seraient envisagées du point de vue le plus général.

J'avais été très vivement frappé par certains travaux de biologie végétale, entre autres, les recherches de Noël Bernard qui retrouve chez les orchidées envahies par des champignons symbiotiques, les lois générales de l'infection et de l'immunité, et celles de Erwin F. Smith, qui découvre et étudie, chez diverses espèces végétales, des tumeurs semblables aux cancers du règne animal. Aussi, j'ai tenu, avec mon ami, le docteur Magrou, à organiser le laboratoire de biologie en vue de l'étude des maladies des plantes, et en particulier du cancer végétal.

Le local affecté à ces recherches comprend deux pièces :

le laboratoire proprement dit, envisagé en vue des recherches biologiques, bactériologiques et physiques, et contiguë à ce dernier, une serre qui constitue à portée de la main, une sorte de salle d'hospitalisation pour les plantes en expérience.

Le laboratoire ainsi conçu était, en 1920, une création originale et unique dans son genre. Il diffère complètement des laboratoires de pathologie végétale déjà existants, où les maladies des plantes sont étudiées soit au point de vue botanique pur, soit au point de vue des applications agricoles. C'est bien plutôt un laboratoire de biologie et de pathologie générales, en liaison étroite avec le service hospitalier et les laboratoires cliniques, et où les plantes ne sont considérées que comme des matériaux commodes pour les recherches expérimentales.

L'activité de ce laboratoire, si remarquablement dirigé par le docteur Magrou, a été surtout consacrée à l'étude du cancer des plantes. Tout d'abord, y ont été reproduites, pour la première fois en France, les expériences de E.-F. Smith, établissant l'origine bactérienne de ces tumeurs. Ainsi ont été rassemblés de nombreux matériaux de travail, dont l'étude est poursuivie systématiquement.

Les recherches du docteur Magrou m'ont vivement intéressé, mais comme elles prenaient, avec juste raison, une grande extension, l'Institut Pasteur a fait construire pour lui une grande serre spéciale où il les continue sur une plus grande échelle.

Avec des cultures de bacterium tumefaciens qu'avait bien voulu lui envoyer Erwin Smith lui-même, Magrou a pu, sur le géranium, sur le ricin, sur la marguerite, provoquer à coup sûr des cancers et étudier ces cancers végétaux qui sont assez semblables au cancer humain, car ils jouissent, comme celui-ci, d'une prolifération indéfinie et donnent même parfois (surtout sur la marguerite), des tumeurs secondaires à distance, c'est-à-dire des métastases.

Pour provoquer presque à coup sûr le cancer, il suffit de piquer avec une aiguille portant une culture de tumefaciens, une tige de géranium, de ricin, et le cancer se développe.

J'ai eu l'occasion, il y a une quinzaine d'années, d'assister à une conférence faite au Muséum d'histoire naturelle par Erwin Smith. A la fin de la conférence, je lui demandai s'il avait cherché, après avoir provoqué des cancers végétaux, à les guérir. Ma demande lui parut très singulière, ce qui montre

bien les mentalités différentes des hommes : il étudiait le cancer des plantes en savant pur, alors que moi, chirurgien, je ne pouvais oublier le côté thérapeutique.

Le docteur Magrou a fait, dans ce laboratoire de la Salpêtrière, une grande découverte qui vient de le conduire à une découverte encore plus grande. Continuant les recherches de Noël Bernard, il avait montré que si l'on employait des bouillons de culture spéciaux, on pouvait faire germer les *graines* d'orchidées et obtenir des plantes à volonté. Appliquant à la pomme de terre les mêmes méthodes, Magrou vient de démontrer que si sur des milieux spéciaux, on ensemence les *graines* de pommes de terre, on obtient sur les racines, la production de pommes de terre en miniature. Celles-ci, plantées dans des terres choisies, se développent et finalement la pomme de terre de grosseur normale, plantée alors à la manière ordinaire, produit une récolte d'une abondance considérable et surtout des pommes de terre *résistantes* aux différentes maladies qui les déciment. Ces pommes de terre, ainsi obtenues par graines, *jouissent de l'immunité.* On peut imaginer les magnifiques conséquences !

Ainsi ce modeste laboratoire de biologie végétale a permis des résultats scientifiques dont les conséquences sont incalculables. J'avoue avoir été très intéressé par ces résultats obtenus dans un service de chirurgie. Il fallait créer ce laboratoire qui fut le premier en France, mais il fallait aussi la lueur de génie, le savant, le docteur Magrou.

BIBLIOTHÈQUE TERRIER

Mon maître, F. Terrier, me laissa à sa mort, en 1908, sa belle bibliothèque composée de tous les périodiques chirurgicaux du monde entier, de 1885 à 1908. J'ai continué cette bibliothèque, sauf quelques périodiques ; j'ai pu l'installer dans un local digne d'elle, et tous les élèves du service peuvent en profiter.

A la bibliothèque sont conservés les registres d'observation ; tous les malades opérés ont leur observation reproduite en face du compte rendu opératoire, dans des registres à onglets, et cela depuis vingt-huit ans.

LES FILMS CHIRURGICAUX

Un mode d'enseigement de la chirurgie qui rendra certainement de grands services, c'est l'enseignement par le film.

Les premiers films chirurgicaux furent réalisés par Doyen, vers 1908, et lorsqu'on vient à les revoir, on ne peut se défendre d'une certaine émotion, en voyant entrer dans sa salle d'opération et opérer sous nos yeux ce grand chirurgien que tous, nous avons vu opérant, entre 1900 et 1914.

J.-L. Faure exécuta un film sur l'hystérectomie élargie dans le cancer du col, film qui a fait avec lui le tour du monde.

Moi-même, j'ai fait quelques films, il y a une dizaine d'années, et j'ai cru devoir les faire « parlants », ce qui supprime toute explication et me paraît être un progrès.

Le film chirurgical est utile, mais je crois que pour qu'il le soit réellement, il faut le faire précéder par des dessins animés. Le spectateur, l'élève est ainsi mis en mesure, grâce aux représentations schématiques des dessins animés, de mieux comprendre ensuite la réalité.

Il faudrait — car le film coûte assez cher — qu'une organisation centrale permît à tous ceux qui ont quelque chose à enseigner scientifiquement, de trouver les spécialistes et les appareils leur permettant de réaliser, dans les conditions les meilleures, des films qui, groupés, formeraient une véritable collection chirurgicale.

VIE DU CHIRURGIEN

Tout chirurgien est obligé de se tenir au courant du mouvement chirurgical, et naturellement, aussi bien dans les publications en langue française, que dans les périodiques en langue étrangère. C'est un travail qui prend beaucoup de temps et qui risque, avec les années, d'être de moins en moins réalisable, après les journées si remplies et si harassantes d'un chirurgien en pleine activité et avec l'abondance toujours accrue de la presse médicale.

Quelque temps après notre concours d'agrégation, Jeanbrau (de Montpellier), Robert Proust et moi qui avions, depuis des années, beaucoup lu et rassemblé, en collaboration, de nombreuses fiches bibliographiques, nous déplorions d'être séparés, et de ce fait, obligés de continuer ce même travail absorbant, non plus en commun, en nous partageant la besogne, mais chacun pour notre compte.

C'est alors que naquit en nous l'idée de fonder un nouveau journal de chirurgie, paraissant chaque mois, qui publierait des articles originaux, des revues d'ensemble, la bibliographie des articles parus dans les journaux de chirurgie du monde entier, et les analyses substantielles des meilleurs de ces articles.

Nous allâmes, en 1908, soumettre nos idées et nos plans aux directeurs de la maison Masson, Pierre Masson, Boucher et Talamon, qui les acceptèrent avec faveur. Jeanbrau, habitant Montpellier, poussa le scrupule jusqu'à refuser de faire partie du comité de direction en invoquant la trop longue distance et nous cherchâmes, alors, avec lui, quels seraient les autres collaborateurs. Notre choix fut vite fait. Il se porta sur des amis connus pour leur haute instruction, leur amour du travail, et libres de tout engagement avec d'autres publi-

cations périodiques chirurgicales. Bernard Cunéo, Paul Lecène et Charles Lenormant furent choisis à l'unanimité, avec Dumont (déjà attaché à la Presse Médicale) comme secrétaire général. Le premier numéro du *Journal de chirurgie*, directeurs Cunéo, Gosset, Lecène, Lenormant et Proust — Dumont étant secrétaire général — parut en juin 1908, il y a par conséquent plus de trente-deux ans! Nos efforts et ceux de nos éditeurs ont abouti à ce résultat que notre journal est un beau périodique français, connu dans le monde entier.

Malheureusement, les fondateurs ne sont plus réunis au complet. Deux pertes douloureuses nous ont privés de la collaboration si précieuse de Lecène et de Proust qui ont été remplacés par Pierre Duval, Henri Mondor et Senèque, et notre secrétaire général, lui aussi disparu, a été remplacé par le docteur Grisel.

Le Journal de chirurgie continue à être la véritable source à laquelle les chirurgiens de langue française viennent s'instruire pour se tenir au courant de tous les progrès de la chirurgie.

Outre les journaux chirurgicaux, la lecture de quelques bons traités, écrits par des gens de grande expérience, complétera le bagage indispensable à tout chirurgien. Mais la meilleure instruction sera toujours représentée par l'observation des malades, la pratique des opérations et la critique sincère des résultats.

J'ai pris part à la fondation d'un autre journal dont le besoin se faisait vivement sentir, le *Journal d'Anesthésie et d'Analgésie*, qui, lui aussi, (il est fondé depuis quatre ans) est bien accueilli, car il contient dans ses quatre numéros annuels, tout ce qu'un chirurgien occupé doit savoir quant à l'anesthésie.

On pourrait écrire un très long chapitre sur les lectures, — naturellement les lectures professionnelles — nécessaires au chirurgien. Ses lectures, le chirurgien doit les oublier en partie, car il est nécessaire qu'il reste personnel, original, toujours désireux d'évoluer. Je ne voudrais pas dire comme ce médecin qui vint un jour me trouver pour me confier qu'il se croyait très malade, parce qu'il lisait trop. Son histoire mérite d'être contée. Il s'agit d'un de ces praticiens dévoués, instruits, désintéressés, comme on en compte, quoi qu'on dise, encore beaucoup, même à Paris. Je l'estime, il le sait,

aussi vint-il me confier ses inquiétudes, et voici exactement le discours qu'il me tint : « Je crois que je suis très malade, je n'ai rien d'apparent, et cependant, je me crois très touché. Depuis quelques semaines, je m'installe dans mon fauteuil, près de mon feu, et je lis... Je lis toute la journée, surtout de la médecine, et quand j'entends quelqu'un sonner pour me consulter, je suis désolé, car je vais être obligé d'interrompre ma sempiternelle lecture. C'est anormal, n'est-ce pas, je dois être très malade. »

C'est Montaigne qui a écrit : « Les livres sont plaisants, mais si, de leur fréquentation, nous en perdons enfin la gayeté et la santé, mes meilleures pièces, quittons-les. »

Il faut garder présente à l'esprit cette petite histoire, car j'ai connu, moi aussi des chirurgiens qui lisaient trop. Un chirurgien doit avoir beaucoup lu, dans sa jeunesse, entre vingt et trente ans, et je l'ai beaucoup fait, moi aussi. Je passais bien des heures à la bibliothèque de la Faculté et mon maître Hanot m'appelait « rat de bibliothèque ». Mais arrive un moment où il faut pratiquer, voler de ses propres ailes, affirmer sa personnalité. Je sens, en rédigeant ces confidences, que je vais baisser dans l'estime de beaucoup de gens ; mais pourquoi, arrivé à la fin de ce livre, ne continuerais-je pas à être absolument sincère, comme je le suis depuis les premières lignes. Malgaigne, Verneuil, étaient des érudits et de médiocres chirurgiens. Péan, Doyen étaient-ils des érudits, je ne le crois pas. Je sais bien qu'il y a des chirurgiens qui cumulent, et Terrier était à la fois un grand chirurgien, un grand opérateur et un érudit. Mais c'était Terrier...

Le chirurgien doit-il mener une vie particulière, suivre un régime spécial ? Je le crois, car le chirurgien est obligé de déployer chaque jour une certaine force physique, une grande activité, rester debout pendant des heures, être bien équilibré pour ne jamais se hâter, ne jamais s'impatienter. Il doit redouter avant tout, lorsque vient le succès, de se laisser gagner par le bien-être et le luxe. J'ai connu d'excellents chirurgiens, — et le danger menace aussi bien ceux qui sont établis en province que ceux qui travaillent à Paris — qui, en voyant venir la fortune, se sont mis à chasser, à pêcher... à engraisser, et surtout à beaucoup dépenser ; ils sont alors devenus les esclaves du veau d'or. Dans le budget d'un chirurgien, rien n'est trop cher, s'il peut en résulter pour lui une diminution de fatigue et une augmentation de son activité.

Il faut qu'il ait un chauffeur parfait — car il ne doit pas conduire lui-même, pour pouvoir consacrer au travail mental tout le temps qu'il passe en auto, et son automobile ne sera jamais ni assez doux, ni assez souple. Pour le reste, le train de vie le plus modeste.

Il faut qu'il fasse du sport, et le meilleur sport, à mon goût, me paraît être l'équitation. Chacun vante ce qu'il préfère. Heureux celui qui aime les chevaux ! A cheval, il oubliera tous ses ennuis, et il pourra continuer ce sport merveilleux — le roi des sports — jusqu'à un âge avancé. Et lorsqu'il ne pourra plus monter, il conduira de bons trotteurs, attelés sur une voiture légère et il arrivera ainsi à reculer le moment de la vieillesse. Avec cela, une compagne intelligente, et bonne, quelques bons livres, une bonne édition de Balzac, Montaigne, Anatole France, Stendhal, Flaubert, André Gide, Duhamel, Paul Valéry, Kipling, Oscar Wilde, Somerset Maugham, des livres de voyages et des mémoires, quelques parties d'échecs, que faut-il de plus pour être complètement heureux. Pour l'être encore plus, qu'il ait près de lui quelques beaux et bons chiens.

Un autre sport à conseiller, c'est l'escrime, ce sport merveilleux.

Quant au régime, celui de tout le monde, avec les précautions que les préceptes médicaux imposent à chacun, et la sagesse de ne faire qu'un vrai repas chaque jour, et à mon sens, plutôt un repas le soir qu'à midi. Et puis, reconnaissons-le, chacun a son tempérament propre, mais pourquoi ne pas l'aider ?

Tous les quinze jours, allez passer quarante-huit heures à la campagne, au contact des gens de la terre. Pour se sentir vraiment à la campagne, il faut aller assez loin de Paris. L'idéal est d'avoir beaucoup d'espace devant soi. La mer est à trois heures de Paris. Pourquoi ne pas avoir, en Normandie, dans le pays de Caux, sur la Falaise, une maison bien solidement construite contre les vents, avec vue sur la haute mer et sur la magnifique campagne normande, toujours si agréablement verte ?

Si le Ciel vous a permis de réaliser ce rêve, alors vous êtes heureux, ne vous plaignez jamais, vous n'en avez pas le droit... sauf en ces jours si lourds !

Il y a cent ans, la chirurgie demandait peu d'aides, peu de matériel. Si elle donne aujourd'hui les magnifiques résul-

tats dont tout le monde se réjouit, il y a malheureusement la contre-partie : installations plus complexes, plus coûteuses, personnel d'élite indispensable, appareils coûtant cher et se détériorant assez vite, etc. Mais il en est de même dans tous les domaines, l'art militaire par exemple, et quoique j'aie pris la résolution de ne pas parler, dans ce livre, des tristesses présentes et de la guerre, je puis donner, comme exemple typique de la complexité de la vie moderne, ce qui se passe pour les services de l'arrière dans une armée : sous Jules César, il fallait un homme à l'arrière pour cent combattants ; sous Napoléon, trois hommes à l'arrière pour cent combattants ; à l'heure actuelle, toujours pour cent combattants, trois cents hommes à l'arrière. Ce sont les chiffres que m'a donnés mon confrère Caquot.

Autrefois, avec un bistouri et quelques pinces, un chirurgien pouvait tout faire. Mais besogne rudimentaire, étant données l'infection dévastatrice et l'absence d'anesthésie ; acte opératoire le plus rapide possible, comme s'il s'agissait d'un exercice d'escamotage ; temps d'ablation fulgurant, temps de réparation presque inexistant. Aujourd'hui, dans toute salle d'opération, nécessité d'un parfait éclairage artificiel, tables opératoires se mouvant en tous sens avec le moindre effort, appareils de thermo-coagulation et bistouri électrique, aspirateur électrique. On se préoccupe même et avec raison, de faire voir les temps des opérations par le plus grand nombre possible de spectateurs en plaçant ceux-ci, de manière à ce qu'ils puissent voir parfaitement, tout en étant hors de la salle d'opération.

Et la climatisation de l'air ? n'est-il pas invraisemblable d'opérer dans des salles sur la température desquelles l'air du dehors exerce plus ou moins son influence. N'est-il pas de toute nécessité de maintenir les salles d'opération et leurs annexes à une température constante grâce à des appareils de climatisation, et en même temps d'obtenir un air non pas strictement aseptique, (ce qu'il serait impossible de maintenir), mais aussi proche que possible de la pureté, grâce à des moyens de stérilisation.

Alors, réfléchissez, calculez les dépenses, l'entretien, et vous arriverez bientôt à cette conception que l'exercice de la chirurgie est chose très coûteuse, et que si le progrès continu exige, comme rançon inévitable, une augmentation toujours plus grande des dépenses, il arrivera un jour, plus ou moins

proche, où la chirurgie, pour toutes les classes, ne pourra plus être pratiquée que dans de grands établissements soutenus par les pouvoirs publics. Ceux-ci, du reste, y sont directement intéressés, puisque, grâce à de tels établissements, on rendra à l'État des individus « réparés » et aptes à reprendre leur place dans la collectivité.

Pour justifier les gains, parfois considérables, que rapporte l'exercice de leur profession, les chirurgiens doivent être généreux : ils le sont.

Que de malades peu fortunés, ils opèrent à titre gracieux ! Que d'opérés auxquels ils demandent des honoraires très faibles pour ne pas avoir l'air de les traiter en indigents ! Ce qui est douloureux, pour un chirurgien, c'est de recevoir, en remerciements de ses soins gracieux, des cadeaux très coûteux pour le donateur, et souvent supérieurs au prix qui lui aurait été fixé s'il avait été traité comme tout le monde. Aussi depuis bien des années, aux amis, aux parents de médecins que j'opère, j'ai toujours soin de dire à l'avance : ni honoraires, ni cadeaux. A ceux qui insistent avec sincérité et qui peuvent le faire sans en être gênés, je dis : envoyez à mon service d'hôpital la somme qu'il vous plaira. Cette manière de procéder a été bien utile, soit à mon service, soit aux œuvres qui m'intéressent.

Quand je suis en Normandie, sur ma Falaise, il m'est impossible de refuser un avis à ceux qui ont confiance en moi. La première année, je ne demandais aucun honoraire et je sentais que les malades en éprouvaient une certaine déception : le conseil que je leur avais donné leur paraissait-il, de ce fait, avoir moins de valeur ? Aussi ai-je adopté une autre méthode : je prie mes visiteurs d'aller remettre à la mairie de mon village la faible somme qu'ils m'auraient donnée et je puis ainsi faire un peu de bien dans ma commune.

Mais cela ne suffit pas. Le chirurgien doit prélever sur ce qu'il gagne chaque année — naturellement s'il peut le faire — une dîme qui lui servira à aider les œuvres charitables ou scientifiques. Pour ma part, je crois n'y avoir jamais manqué, et mon service de la Salpêtrière ainsi que mes beaux laboratoires en ont profité.

Je ne crains pas de révéler tout cela, car nous vivons, depuis longtemps du reste, une époque où la main gauche ne doit plus ignorer ce que donne la main droite : il en est peut-être mieux ainsi.

Puisque je parle finances, je voudrais m'étendre encore un peu sur ce sujet, si important pour nos étudiants, alors que maintenant la vie est chère et les études plus longues que jadis.

L'étudiant qui, autrefois, il y a quarante ans, disposait de cent francs par mois et n'en dépensait que quatre-vingt-dix-huit, ce qui était possible, était riche ; alors que le rentier qui avait cent mille francs à dépenser par an et en dépensait cent dix mille était pauvre. C'est une vérité que M. de la Palisse approuverait, et cependant que d'imprévoyants l'oublient !

Je fus, il y a quelques années, invité par le R. P. de la Vacquerie à faire une conférence chirurgicale aux étudiants de son cercle. Je m'y rendis avec plaisir et naturellement j'arrivai un peu à l'avance, et, pendant cette attente, je fus heureux de m'entretenir avec les jeunes dirigeants du cercle. Ils se montrèrent curieux des habitudes des étudiants au temps de ma jeunesse et me demandèrent combien de fois par mois nous allions au théâtre, puisque le cinéma n'existait pas. Je rassemblai rapidement mes souvenirs et je leur répondis que je me rappelais très nettement avoir été deux fois seulement au théâtre, pendant mes quatres années d'étudiant, jusqu'au jour où je fus nommé interne des hôpitaux : j'avais été entendre Sarah Bernhardt dans son grand succès, *la Dame aux camélias*, et Mounet-Sully dans une pièce du Français où il se montrait vraiment supérieur, *Ruy Blas*. Pour ces deux soirées, je m'étais naturellement perché dans des places fort près de la cimaise, moyennant la somme de deux francs, ce qui me faisait, pour mes dépenses de théâtre, en quatre ans, le total de quatre francs, soit un franc par an. Mes jeunes amis qui m'avaient interrogé furent obligés à leur tour de reconnaître qu'ils allaient au cinéma au moins une fois par semaine, ce qui faisait, par mois et par an, une somme que je vous laisse le soin de calculer, mais qui n'était pas négligeable.

La morale de cette histoire, c'est que tout chirurgien, même quand il gagne des sommes importantes, doit régler ses dépenses sur les mêmes principes que les étudiants de jadis. Que de chirurgiens qui paraissent riches oublient ces principes, et, courant après les opérations, risquent d'être obligés d'accepter une série de tractations de toutes sortes, qui n'ont pas contribué à augmenter le respect que cette noble profes-

sion mérite. Mais je m'arrête, car il y aurait trop à dire.

On se prend facilement pour un novateur, et puis, plus on lit, plus on se documente, plus on s'aperçoit que beaucoup de choses ont déjà été faites, ont déjà été dites.

Lorsque j'ai eu l'honneur de prendre la présidence de l'Académie de Chirurgie (1931) j'avais insisté sur la nécessité d'établir d'avance un programme pour chaque séance — ce qui ne s'était jamais fait, — et j'avais obtenu gain de cause. Quand je quittai la présidence, je pus me féliciter du résultat acquis : « Jusqu'à présent, pour des raisons que je n'arrive pas à saisir, aucun ordre du jour, imprimé d'avance et porté ensuite à la connaissance des sociétaires, n'était préparé par les soins de votre bureau. De sorte qu'il était impossible — sauf pour les membres du bureau, et encore ! — de savoir quels rapports seraient lus, quelles communications seraient présentées en séance. Grâce à votre bonne volonté, grâce à l'effort tenace de notre secrétaire général (Robert Proust), nous avons eu toujours depuis un an, un programme arrêté d'avance... Vous pouviez, à propos de telle communication annoncée, intervenir avec plus de fruit, après avoir rassemblé chez vous, à tête reposée, vos observations et vos réflexions, et je n'ai pas besoin d'insister pour rappeler tout ce que nos discussions ont gagné de ce fait, en intérêt et en précision. »

Quarante ans avant moi — et je viens seulement de le constater — Félix Terrier prenant en 1891, la présidence de l'Académie, avait exprimé le même vœu, exposé les mêmes raisons, il n'avait pas été suivi : « Permettez-moi de vous dire que souvent nos discussions s'engagent trop à la hâte sur des sujets non prévus par les divers membres de la Société. Ceux-ci apportent à l'appui de leurs opinions des souvenirs un peu vagues, et nos entretiens s'égarent en des digressions qui parfois manquent d'autorité.

« Le remède radical à cet ordre de choses serait d'adopter pour chaque séance un ordre du jour bien déterminé à l'avance et qui serait rigoureusement suivi ; mais c'est là un idéal que nous ne saurions atteindre. Je demande seulement aux auteurs des rapports et des communications de m'indiquer, en se faisant inscrire, le sujet du travail qu'ils se proposent d'apporter à la tribune. De cette façon, ceux de nos collègues qui voudront prendre part à la discussion pourront se préparer à l'avance et apporter des observations et des faits précis. »

Félix Terrier avait échoué, j'ai pu réussir, sans doute parce qu'il faut répéter souvent les meilleures choses pour les enfoncer dans les crânes humains.

Le moment le plus pénible pour un chirurgien, c'est celui où il lui faut réclamer le prix de ses soins. Le mieux est de procéder par écrit, mais ce n'est pas toujours possible, et je me rappelle une histoire assez plaisante qui m'arriva au début de ma carrière. Sur le moment, je ne l'avais pas trouvée plaisante. J'avais opéré un riche magistrat anglais, qui habitait à l'hôtel Continental. Il s'agissait d'un cas simple, un gros molluscum de la cuisse. On avait hésité à l'opérer, parce qu'il était diabétique. Son cas me parut très banal, je l'opérai à l'hôtel même, je lui enlevai ce gros polype après une infiltration d'anesthésie locale comme j'avais appris à le faire chez Reclus, et en quelques jours il fut guéri. Il me demanda, lors de ma dernière visite, ce qu'il me devait. Je lui dis : sept cents francs. Il comprit mal, il était anglais, et crut que je voulais dire : c'est cent francs, et me remit un billet de cent francs. Je n'osai protester, pris le billet et m'en allai fort penaud. A un dîner chez un de mes Maîtres, je racontai cet incident, et mon Maître me dit : « Quelle idée de demander sept cents francs ! On demande cinq cents francs, on demande mille francs, on ne demande pas sept cents francs. Vous n'avez que ce que vous méritez. » C'était bien aussi mon avis.

A Dupuytren était arrivé une histoire d'un autre genre, qui montre, elle aussi, que les chirurgiens ne devraient jamais traiter les affaires d'argent, mais les faire traiter par une personne de confiance. On trouve dans le livre du docteur Delhoume sur Dupuytren, l'histoire suivante : « Je demandais un jour, raconte Bourdon, à M. Dupuytren, qui donnait des soins à un clerc de notaire dont une balle avait mortellement traversé la poitrine : « Quel sera le prix de vos visites ? — Je me conformerai à ce qu'on m'offrira, me répondit Dupuytren : à beaucoup comme à peu, à rien comme à beaucoup. » Mais avec les riches, il agissait tout différemment. Je me souviens de l'avoir vu opérer un Anglais qui, voulant dignement manifester son estime pour le grand maître, sa reconnaissance pour l'habile opérateur, lui offrit, après guérison, deux billets de mille francs enveloppés soigneusement dans un autre billet de cinq cents francs qui se laissait lire... Dupuytren n'apercevant que ce billet de cinq cents francs, et le supposant seul, dit à l'Anglais : « Monsieur, c'est mille

francs. » A ce mot si dur : c'est mille francs, l'impassible insulaire déroule aussitôt ses trois assignats Garat, remet à Dupuytren un des gros billets de banque, puis replace froidement dans son portefeuille, non sans ostentation, les autres mille cinq cents francs... Qui fut marri ? Ce fut Dupuytren. »

Quand j'étais débutant, il y a quarante ans, les soucis d'argent, je l'ai déjà dit, n'existaient pas, et les questions d'argent ne se posaient pas. J'ai bien souvent raconté à mes élèves qu'à cette époque bénie le chirurgien travaillait dans une pièce et l'argent tombait dans la pièce voisine. A la fin de l'année, il entr'ouvrait la porte pour voir ce qu'il y avait, et il s'apercevait qu'il y avait toujours plus qu'il ne le pensait. Je suis fermement convaincu que les temps sont proches où le chirurgien d'un grand hôpital redeviendra, à ce point de vue, ce que nous étions nous-mêmes, il y a quarante ans. A la fin de l'année, sans avoir jamais eu à traiter directement les questions d'honoraires, il recevra du directeur de l'hôpital, une somme d'argent égale à celle qui sera versée aux autres chirurgiens ses collègues, et alors la chirurgie qui est, incontestablement, la plus belle, la plus grande des carrières, sera encore plus belle et plus grande, et beaucoup de pratiques souvent fâcheuses disparaîtront par guérison spontanée.

MES COLLABORATRICES

Ce ne sont pas seulement mes maîtres en chirurgie qui m'ont instruit ; beaucoup d'autres, et parfois de modestes collaborateurs de ces maîtres, ont contribué à le faire.

Ainsi, dans le service de médecine de Saint-Antoine, le garçon de laboratoire de Hanot m'a appris à faire des coupes, à colorer des microbes, à rechercher des bacilles dans les crachats. A cette époque, j'avais dix-huit ans et je portais une terrible barbe noire qui me faisait paraître trente ans et plus. Or, ce garçon, instruit, peu familier, s'était pris d'intérêt pour moi et m'initiait au travail de laboratoire. Un jour, je lui en demandai la raison, et il me fit cette réponse stupéfiante : « On voit bien que vous avez commencé tard votre médecine, et je veux vous aider à rattraper le temps perdu. Vous me paraissez avoir mon âge, vous avez la passion de travailler, alors je vous aide. » Je fus pris d'une violente curiosité, celle de connaître son âge. Il avait quarante ans ! Ainsi, je paraissais avoir quarante ans, alors qu'en réalité j'en avais dix-huit.

Dans la clinique de mon maître Guyon, il y avait un garçon de salle très précieux, Léon, que tous les élèves de Necker ont bien connu. Léon était, dans ce grand et beau service, un rouage indispensable. Chaque après-midi, à cinq heures, il faisait la contre-visite dans les salles. Je l'accompagnais bien souvent, car ce n'était pas lui qui m'accompagnait. Personne n'était plus habile pour fixer au point optimum une sonde à demeure qui s'était déplacée, ou passer un béniqué, ou franchir avec des bougies filiformes, un rétrécissement de l'urèthre réputé infranchissable.

Quel bon et précieux collaborateur pour Guyon, et que de choses, quant à moi, j'ai apprises de lui ! Que de fatigues et de petits ennuis dans les soins post-opératoires, il a su éviter à son grand patron, qu'il accompagnait du reste partout, à la maison de santé aussi bien qu'à la clinique de Necker, comme son ombre !

Quelle aide précieuse a été pour moi, pendant dix ans, dans le service de mon maître Terrier, la première panseuse Adèle ! Adèle, dont nous évoquons parfois le souvenir avec mon ami Pierre Fredet, avait, comme la plupart des panseuses, un terrible caractère, mais elle avait, comme les panseuses également, un sentiment très élevé du devoir. J'ai appris près d'elle — ce que peut-être quelques chirurgiens ont le tort d'ignorer — comment on nettoie les instruments à la brosse et à la mousse de savon ; comment on stérilise, au moyen de l'autoclave, les instruments, les fils à ligature, les gants de caoutchouc, et j'ai aussi, près de ces simples collaborateurs, appris à les estimer et à les admirer. J'ai vraiment été comblé dans ma vie, par le dévouement sans limite, et je me plais à le croire, par les sentiments de respect réel et d'affection sincère que tous ces collaborateurs m'ont témoignés. Comme assistant, jusqu'à l'âge de quarante ans, je n'ai senti autour de moi que dévouement, respect et affection, et quand j'ai eu moi-même un service, à partir de quarante ans, les collaborateurs si méritants que j'ai eus jusqu'à ce jour, m'ont donné tout entier, sans marchander, un dévouement aussi beau. Le garçon de laboratoire de mon maître Hanot, le garçon de salle Léon de mon maître Guyon, la panseuse Adèle de mon maître Terrier, ainsi que ses trois surveillantes en chef, Madame Nivremont, Mademoiselle Miguet et Mademoiselle Didier ont été à ma disposition entière, sans jamais compter avec la fatigue, alors que j'étais, dans ma jeunesse, un chef toujours correct et toujours poli, c'est exact, mais terriblement exigeant, et je n'étais, après tout, que le premier assistant et non le chef lui-même.

Depuis que je suis « chef », les mêmes dévouements, mais prodigués par d'autres, m'ont également entouré. Si je ne craignais d'être ridicule, et si, en ma qualité de Normand, je n'avais horreur de ce qui peut paraître de l'attendrissement, je dirais que j'ai été entouré non seulement de dévouement et d'affection, mais de vénération. Chacun de mes collaborateurs, chaque matin, cherche à devancer mes désirs, à

m'éviter toute fatigue, à me mettre dans des conditions de vie telles, contre le chaud, le froid, contre les déplacements à l'autre bout de mon service, contre la montée inutile d'un escalier, que dans de telles conditions, remplir mes fonctions à l'hôpital, est une joie chaque jour nouvelle, avec le minimum de fatigue.

Mais je dois dire que ce ne sont pas des collaborateurs hommes, ce sont toutes des femmes que j'ai autour de moi, c'est-à-dire des êtres d'abnégation, de sensibilité, de délicatesse, qui supportent, sans émettre la moindre plainte, des fatigues exténuantes, des collaboratrices dont l'unique raison d'être est de se dévouer.

Que ce soit à ma maison de santé de la rue Georges-Bizet, avec les sœurs de Niederbronn, ou à ma clinique de la Salpêtrière, ou à mon hôpital privé de la rue Antoine-Chantin, je me demande toujours, après chaque matinée de travail : « Mais qu'ai-je donc fait au ciel pour être ainsi comblé ! » Et quand je rentre chez moi, après ces dures matinées, je retrouve, représentées par un dévouement féminin sans pareil, les mêmes admirables qualités qui rendent l'existence si heureuse pour l'homme de travail.

Je connais ainsi les livres nouveaux, les expositions de tableaux qu'il faut aller voir, les faits souvent passionnants de la vie de Paris, et j'ai ainsi, non pas seulement un intérieur enviable, mais une vie extra-chirurgicale active, sans le risque d'être trop spécialisé, avec des œillères toujours si néfastes.

Ma femme a fait mieux encore. Avec méthode, ténacité, ne craignant aucune fatigue, elle est arrivée, grâce à son amour de la terre, à constituer pour moi, en Seine-Inférieure, une propriété de campagne à laquelle le Paradis doit ressembler.

Dans ma vie hospitalière, dans ma vie privée, j'ai toujours eu la sensation si douce de me voir entouré d'affection, ce qui fait que la vie vaut vraiment la peine d'être vécue. Mais je sens que je m'attendris ; un Normand, et surtout un Normand chirurgien, ne doit jamais le faire.

Mais sans m'attendrir, je suis obligé de mentionner les noms de quelques femmes admirables qui m'ont rendu si douces les quarante années de chirurgie que je viens de fournir.

A la Salpêtrière, ma surveillante en chef, Mademoiselle

Magny sur les épaules de laquelle repose tout le service, Mademoiselle Magny qui a été (chose exceptionnelle pour une surveillante) la première décorée de la Légion d'honneur parmi les surveillantes des hôpitaux, Mademoiselle Magny que l'on peut trouver depuis vingt-huit ans, jour et nuit, à la Salpêtrière, près des grands opérés qui réclament des soins spéciaux. Et ma panseuse en chef, Mademoiselle Mosnier qui vient de me quitter après vingt-huit ans de si loyaux services, et sa remplaçante Mademoiselle Muno qu'elle a su « dresser » aussi bien qu'elle-même par dix années d'un apprentissage admirable. Et les surveillantes des salles, et les autres panseuses, et la surveillante en chef des laboratoires, Mademoiselle Clotilde Tissier, je ne puis les énumérer toutes, et Madame Sauvanet, et Mademoiselle Topineau, et ma fidèle panseuse de la rue Chantin, Mademoiselle Pigeot, et ma photographe, Mademoiselle Tallard, et ma parfaite secrétaire, Mademoiselle Amand, toutes elles m'ont permis de vivre dans un monde féerique où tous les êtres sont bons, dévoués, attentifs, et travaillent uniquement pour me faire plaisir. Oui, je puis le dire, j'ai été un homme heureux, un homme comblé, sur lequel les petites misères et même les grandes misères de la vie n'avaient pu avoir de prise, jusqu'à ces derniers mois.

Au couvent de la rue Bizet, j'ai eu la joie, chaque jour, de me trouver dans une famille, dont tous les membres cherchent à embellir ma vie. Quelques sœurs ne sont plus là, qui m'avaient, dès mes débuts, traité comme un chirurgien déjà arrivé : l'admirable supérieure Sœur Théobaldine, la mère Valère qui lui succéda, les sœurs Desle, Antoine, Valentin, Gabrielle, Chantal, la sœur Ignace, tuée glorieusement pendant la guerre de 1914. Elles ont été remplacées par des femmes parfaites qui sont dignes de leurs devancières : la supérieure Sœur Clotilde qui a été près de moi vingt ans aux salles d'opération, la sœur Séraphine, mère provinciale, les sœurs Baptiste, Bénigne, Céleste, Marie-Georgine, Rosalie, Marie-Reine, Clémence, Olympiade, Théoneste qui soigna Clemenceau, et toutes leurs compagnes : elles ont été « mes amies », je ne peux, sous ma plume, trouver plus haute expression. Chose admirable, avec ces femmes d'élite, je n'ai encore jamais eu la moindre désillusion. Sœurs de la rue Bizet, surveillantes, panseuses, laborantines, soignantes de la Salpêtrière, c'est à qui cherchera à me faire plaisir. Sans zèle intempestif, sans familiarité, en ne laissant apercevoir de leurs sentiments que ce que

la plus grande retenue autorise, sans jamais me parler d'autre chose que de notre mission commune, elles m'ont donné cette conviction que les femmes, si l'on sait avec elles être bon et bienveillant, sont des êtres parfaits, les seules collaboratrices possibles pour ces hommes à admirer peut-être, mais à plaindre sûrement, que sont les chirurgiens et surtout les chirurgiens très occupés. Songez à la vie de Dupuytren !

LES ASSISTANTES SOCIALES

Tout le monde connaît la si belle œuvre de Madame Getting, l'œuvre des Assistantes sociales.

Grâce à cette œuvre, on peut combler une grosse lacune de nos services hospitaliers. Le chirurgien s'occupe parfaitement de tous ses opérés, leur bien-être est assuré et, chaque jour, ils progressent vers la guérison. Mais que devient leur famille pendant ce séjour plus ou moins long à l'hôpital ?

Il est nécessaire que des assistantes spéciales, les Assistantes sociales (au moins une par service) s'occupent près de chaque hospitalisé, de ce que devient sa famille, des ressources du foyer, d'un enfant qui peut être malade. Le bien à faire est immense, les Assistantes sociales remplissent parfaitement ce but.

Elles ont un autre rôle, elles suivent nos malades rentrés dans leur foyer, elles savent ce qu'ils deviennent et nous fournissent ainsi, sur les suites opératoires, des renseignements inestimables.

Enfin, à cette œuvre, sont annexées des bibliothèques roulantes parfaitement organisées, d'un si grand secours pour ceux qui sont alités.

***

A l'époque tragique où nous sommes, (1940), si je crois fermement à la résurrection de mon Pays, c'est que je compte surtout sur les admirables femmes de France.

« J'ai fait ce que j'ay voulu : tout le monde me reconnaît en mon livre, et mon livre en moy. »

« Je parle au papier comme je parle au premier que je rencontre. »

« Mais quand tout est conté, on ne parle jamais de soi sans perte. Les propres condamnations sont toujours accrues, les louanges mescrues. » (Montaigne.)

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Buste d'Hippocrate 32
Statue élevée de son vivant, à son médecin Antonius Musa, par l'empereur Auguste 33
Instruments de chirurgie trouvés à Pompéi. 48
Instruments de chirurgie des Arabes 49
Portrait de Mareschal, chirurgien de Louis XV et fondateur de l'Académie royale de chirurgie 80
Portrait du chirurgien de la Peyronie, « survivancier » de Mareschal. 81
Portrait du chirurgien J.-L. Petit, secrétaire de l'Académie royale de chirurgie 96
Buste du Baron Dupuytren (1779-1835) 97
Le chirurgien Félix Guyon (1830-1920) 144
Le chirurgien Félix Terrier (1837-1908) 145
Photographie donnée par Clemenceau à l'auteur. 160
Photographie donnée à l'auteur par le Maréchal Lyautey. 161
Habillage moderne du chirurgien 208
Disposition des instruments du chirurgien. 209
Une opération, à la clinique chirurgicale de la Salpêtrière, en 1941. 224
Projet de bloc opératoire aseptique à quatre salles d'opération . 225

Je tiens à remercier pour leur grande amabilité le professeur Laignel-Lavastine et les maisons d'édition Albin Michel et Georges Masson qui m'ont permis de reproduire quelques-unes de leurs belles illustrations. Je dois à l'obligeance du bibliothécaire de l'Académie de Médecine la reproduction du portrait de Dupuytren.

TABLE

Pages

Préface 11
Introduction 15
Historique 23
Époque préhistorique 28
Asie occidentale. 33
Période égyptienne 33
Première période grecque, avec Hippocrate. 35
Deuxième période grecque. 39
Chirurgie arabe. 49
La chirurgie au Moyen Age 52
Renaissance et XVIIe 54
XVIIIe siècle. 55
Première moitié du XIXe avec Dupuytren 56
Deuxième moitié du XIXe, anesthésie et antisepsie 64
Asepsie avec Félix Terrier. 72
La chirurgie de 1900 à nos jours. 74
Résumé de l'histoire de la chirurgie. 76
Courte autobiographie 79
Nait-on chirurgien?. 86
Mes assistants 93
La formation d'un chirurgien des hopitaux de Paris 117
L'académie de chirurgie. 132
Le chirurgien et les voyages 137
Quelques-unes de mes opérations 142
Le chirurgien, un artisan, mais aussi un créateur 152
Ce qu'un grand patron peut faire pour ses élèves 156
Quelques souvenirs. 160
Mes maitres en chirurgie 183
Paul Tillaux 184
Paul Reclus. 188
Félix Guyon 191
Félix Terrier 194

Mon hopital de la rue Antoine-Chantin. 201
Des progrès réalisés dans quelques affections 203
Anesthésie et anesthésiques. 220
Soins post-opératoires. 224
Ce qu'est un service de chirurgie 228
Vie du chirurgien. 243
Mes collaboratrices. 253
Table des illustrations 259

IMPRIMÉ EN FRANCE
LE 30 AVRIL 1941 PAR
EMMANUEL GREVIN et FILS
A LAGNY-SUR-MARNE

LITTÉRATURE

ROMANS, NOUVELLES, POÉSIE, THÉATRE, CRITIQUE, CLASSIQUES RUSSES ET ANGLAIS, PHILOSOPHIE, ESSAIS

*

MÉMOIRES, SOUVENIRS, CORRESPONDANCES

*

HISTOIRE — BIOGRAPHIES

*

DOCUMENTS, VOYAGES, REPORTAGES

*

SCIENCES — GÉOGRAPHIE

Collection Géographie humaine

Collection L'Espèce humaine

Collection Le Paysan et la Terre

Collection L'Avenir de la Science

Collection Les Grandes Pages de la Science

*

LIVRES POUR ENFANTS ET POUR LA JEUNESSE

Collection La Découverte du Monde

Collection du Bonheur

Albums et Contes illustrés et reliés

*

BEAUX ARTS

Le Musée de la Pléiade relié

Peintres et Sculpteurs Français nouveaux

*

COLLECTIONS CLASSIQUES

BIBLIOTHÈQUE DE LA PLÉIADE

GÉNIE DE LA FRANCE

*

COLLECTION CATHOLIQUE

*

LIVRES RELIÉS — OUVRAGES DE LUXE ŒUVRES COMPLÈTES

*

ROMANS D'AVENTURES ET POLICIERS